



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Alexandra Ricardo Guerreiro

Relatório de Estágio

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Relatório elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientadora: Fisioterapeuta Sofia Carrêlo

Coorientadora: Mestre Maria de Fátima Sancho

Novembro, 2014



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Alexandra Ricardo Guerreiro

Relatório de Estágio Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Fisioterapia, na Especialidade de Saúde da Mulher**

Orientadora: Fisioterapeuta Sofia Carrêlo

Coorientadora: Mestre Maria de Fátima Sancho

Júri:

Presidente: Professora Doutora Élia Maria Carvalho Pinheiro da Silva Pinto

Professora Coordenadora Equiparada da Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Vogais: Mestre Maria de Fátima Batista Sancho

Professora Adjunta convidada (Especialista), da Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Mestre Carla Sofia Pereira Gabriel

Fisioterapeuta convidada do Hospital Fernando da Fonseca

Novembro, 2014

RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o trabalho realizado ao longo do estágio na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), no âmbito do Mestrado em Fisioterapia no ramo de especialização de Saúde da Mulher. Permite criar um momento de reflexão sobre a prática da fisioterapia no contexto das disfunções uroginecológicas, uma área que, de dia para dia, cresce e ganha nome no mundo da medicina.

Este irá ser o espaço onde serão revelados aqueles que foram considerados ganhos pessoais e profissionais, onde serão expostas as limitações encontradas e as perspetivas de desenvolvimento, quer a nível pessoal, quer da profissão em si.

O relatório está dividido em cinco partes: relatório do desempenho em estágio, apresentação de um estudo de caso, considerações finais, parecer final da orientadora e apresentação do *Curriculum Vitae*.

Na primeira parte do relatório será feita a contextualização da MAC, ao nível do seu posicionamento no Plano Nacional de Saúde, do marco e instituição pública que representa, dos utentes que a frequentam e das necessidades que eles apresentam na área das disfunções uroginecológicas. Será descrito o papel dos fisioterapeutas dentro do Serviço de Fisioterapia, mas sempre interligado com todas as outras áreas de prestação de cuidados de saúde que compõem a MAC. Serão ainda apresentados 3 registos clínicos, avaliados e intervencionados ao longo do estágio, que passam por ser o exemplo da realidade da prática da fisioterapia na área da uroginecologia, a qual será investigada através da análise crítica de três artigos científicos.

Com base na melhor evidência científica disponível, será também apresentada uma análise crítica à intervenção no local e uma proposta de melhoria para o local de estágio, que tem como base a análise SWOT, que identifica os pontos fortes e fracos e as oportunidades e as ameaças ao espaço. A nível pessoal, também será apresentada uma análise SWOT, bem como o contrato de aprendizagem definido inicialmente e as suas reavaliações, tendo em consideração o *feedback* obtidos pelos pares, orientadora de estágio e utentes.

Esta primeira parte será finalizada com uma reflexão geral sobre todo o processo de aprendizagem durante o estágio.

Já na segunda parte do relatório será apresentado o caso de uma utente diagnosticada com incontinência urinária mista ligeira associada a cistocelo, sendo abordadas todas as fases do processo da fisioterapia, desde o raciocínio clínico aos resultados e reavaliações.

A terceira parte, a última das 3 partes centrais deste relatório, terá como objetivo principal criar a ligação entre as estruturas da primeira e segunda partes, fazendo a reflexão sobre todo o processo do estágio e as bases da fisioterapia e apreciando esta classe de profissionais que todos os dias deve lutar por ser mais e melhor.

Por fim, será apresentado o parecer final da orientadora quanto ao relatório de estágio e a sua elegibilidade a prova pública, bem como o CV da fisioterapeuta estagiária.

ABSTRACT

This report aims to present the work done during the internship held in Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), under the Masters in Physical Therapy - Women's Health specialty. It allows to create a moment of reflection on the practice of physical therapy in the context of urogynecology dysfunctions, which is an area that is growing day by day and earns its own name in the world of medicine.

This will be the place to unveil those who were considered personal and professional gains, where it will be exposed the limitations founded and the development prospects, either personally or the profession itself.

The report is divided into five parts: internship performance report, presentation of a case study, final remarks, the tutor's final standpoint and presentation of the *Curriculum Vitae*.

In the first part of the report it will be made a contextualization of the maternity, in terms of its position in the National Health Plan, the public institution that represents itself, the patients who attend it and the needs presented by them in the area of urogynecology dysfunctions. It will be described the role of physiotherapists within the Physiotherapy Service, but always interconnected with all the other areas of health care within the MAC. It will also be presented 3 clinical records, assessed and intervened along the internship, that pass by being the example of the reality of physical therapy practice in the area of urogynecology, which will be investigated throughout critical analysis of three scientific articles.

Based on the best available scientific evidence there will be also presented a critical analysis of the intervention unit and be proposed an improvement plan to it, which is based on the SWOT analysis, identifying strengths and weaknesses and the opportunities and threats to the unit. On a personal level, there will be also presented a SWOT analysis, as well as the learning contract

initially defined and its reassessments, taking into consideration the feedback obtained from peers, tutor and patients.

This first part will end with a general reflection on the whole learning process during the internship.

In the second part of the report it will be presented a case of a patient under the diagnose of slight mixed urinary incontinence associated with cystocele, covering all the phases of the process of Physiotherapy, since the clinical reasoning to the outcomes and revaluations.

The third part, the last of the 3 central parts of this report, will aim to create the main connection between the structures of the first and second parts, making the reflection on the whole process of the internship and the bases of physiotherapy and considering this group of professionals that must fight to be more and better every day.

Finally, there will be presented the tutor's final standpoint on the internship report and its election to public trial and the CV of the trainee physiotherapist.

ÍNDICE

PARTE I – DESEMPENHO EM ESTÁGIO	9
1.1. Introdução	9
Apresentação dos objetivos de estágio	11
Apresentação dos objetivos do relatório.....	12
1.2. Caracterização da Unidade de Estágio	14
Posicionamento da unidade no Plano Nacional de Saúde	14
Descrição do local	15
Análise SWOT do local	17
1.3. Caracterização dos utentes e da intervenção	18
Necessidades de saúde no contexto da especialidade e as encontradas no local de prática .	18
Descrição do papel do fisioterapeuta na especialidade e no local, segundo a prática baseada na evidência.....	21
Registos clínicos de utentes	23
Primeiro caso clínico.....	23
Segundo caso clínico.....	27
Terceiro caso clínico	29
Apresentação de três Critically Appraised Topic (CAT)	32
Apresentação do primeiro CAT	32
Apresentação do segundo CAT	34
Apresentação do terceiro CAT.....	35
Análise crítica da intervenção no local em função da melhor evidência disponível	37
1.4. Projeto de implementação de melhoria do local de prática	43
1.5. Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal	46
Análise SWOT pessoal.....	46
1.6. Apresentação do contrato de aprendizagem inicial	47
Apresentação das reavaliações do contrato	55
Apresentação do feedback obtido.....	55
1.7. Reflexão do final do processo.....	56

Referências Bibliográficas	58
Apêndice I - Registos do primeiro caso	62
Apêndice II - Registos do segundo caso	69
Apêndice III - Registos do terceiro caso	76
Anexo I - Diário miccional de 3 dias	85
Anexo II - Questionário de perdas de urina durante as atividades físicas	88
Anexo III - King's Health Questionnaire	90
Anexo IV - Cronograma da classe de reeducação postural e do pavimento pélvico	94
Anexo V - Artigo: "Impact of supervised and unsupervised physiotherapy for treatment of female stress urinary incontinence"	96
Anexo VI - Artigo: "Evidência científica baseada nos programas de treino dos músculos do pavimento pélvico"	102
Anexo VII - Artigo: "The effect of behavioral therapy on Urinary Incontinence: A randomized controlled trial"	113
Anexo VIII - Brochuras referentes ao resumo dos ensinamentos partilhados na Classe de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas	121
Anexo IX - Questionário de qualidade e satisfação das classes de reeducação postural e do pavimento pélvico	124
Anexo X - Feedback do orientador de estágio	127
PARTE II - ESTUDO DE CASO	129
2.1. Resumo	129
2.2. Introdução	129
2.3. Apresentação do caso	140
Descrição do sujeito/história, revisão de sistemas	140
Dados sócio-demográficos	142
Expectativas face à Fisioterapia	142
2.4. Exame físico	142
2.5. Diagnóstico em Fisioterapia	145
Alterações da estrutura e função	146

Limitações funcionais	146
Restrições da participação.....	146
Fatores pessoais e ambientais	146
2.6. Prognóstico em Fisioterapia	147
2.7. Objetivos da Intervenção	147
Curto prazo	147
Médio prazo	147
Longo prazo	148
2.8. Intervenção	148
2.9. Resultados.....	153
2.10. Discussão	154
2.11. Conclusão	156
2.12. Referências bibliográficas	158
Apêndice I – Registos do estudo de caso	162
Alterações da estrutura e função	169
Limitações funcionais	169
Restrições da participação.....	169
Curto prazo	170
Médio prazo	171
Longo prazo	171
PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
PARTE IV – PARECER FINAL DO ORIENTADOR	174
PARTE V – CURRICULUM VITAE DO ALUNO	175
Anexo I - Certificado de Habilitações	178

PARTE I – DESEMPENHO EM ESTÁGIO

1.1. Introdução

O presente relatório pretende refletir sobre todo o trabalho realizado ao longo do estágio decorrido na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, inserido no âmbito do Mestrado em Fisioterapia, no ramo de especialização em Saúde da Mulher. A intervenção feita ocorreu mais especificamente na área da fisioterapia em Uroginecologia.

Com este estágio procurei desenvolver e aperfeiçoar capacidades técnicas e práticas de cariz profissional, como também competências a nível pessoal. Tentei melhorar e tornar cada vez mais eficaz o raciocínio clínico, tentando igualmente basear-me naquela que é a melhor prática baseada na evidência científica, sempre com as dificuldades do equilíbrio entre aquilo que é desejado e aquilo que é possível. Concentrando-me naquela que é a relação entre o papel do fisioterapeuta e a sua intervenção, é possível fazer distinção das várias etapas de um ciclo, no qual cada uma delas goza da sua especificidade. Todo esse ciclo se desenvolve desde o momento em que o utente nos é apresentado até à sua total reabilitação. Para que tal ocorra, o fisioterapeuta deve então seguir em conformidade com esse ciclo: exame do utente por forma a obter todo o seu historial clínico, com possibilidade de realização de todos os exames necessários à avaliação; diagnóstico/prognóstico em fisioterapia e consequente apresentação de problemas, que se dá após a avaliação do utente, da sua condição e das suas características e é consequência direta da adoção de um raciocínio clínico; planeamento e seleção da intervenção com definição dos objetivos, tendo em conta os problemas apresentados e, finalmente, a aplicação da intervenção e direta avaliação de resultados.

Deste modo, os reais objetivos para este estágio foram a prestação de cuidados de fisioterapia centrados no utente e com a maior qualidade, o desenvolvimento de capacidades profissionais e pessoais ao nível da capacidade de reflexão, da realização de um raciocínio clínico acurado e da conclusão de todos os passos do processo da fisioterapia. Não só com este estágio se consegue tais oportunidades, mas também a aposta no desenvolvimento profissional contínuo, proporcionam a atualização e adaptação face às imprevisibilidades da realidade do dia a dia profissional. Pois, só um profissional atualizado, com resposta eficaz às tarefas reflexivas, com capacidade de usar conhecimentos aprofundados e selecionar a evidência científica existente, em contextos de intervenção específicos, e com vontade de superar desafios profissionais se pode tornar num mestre em fisioterapia.

Neste contexto, e com o objetivo de aprofundar os conhecimentos específicos na área da Saúde da Mulher, tive a grande oportunidade de estagiar num local dedicado plenamente à mulher, no qual a minha intervenção se centrou no tratamento de mulheres com disfunções uroginecológicas. Contudo, tive também a possibilidade de acompanhar mulheres com patologias do foro oncológico na mama - da área da Senologia -, em situação de preparação para a maternidade e puérperas. Importa referir que, em cada uma destas vertentes, o papel do fisioterapeuta é significativamente diferente, uma vez que se contacta com utentes em contextos clínicos inteiramente distintos.

De uma forma geral, transversalmente a todas essas áreas, a intervenção passa, não só, pela recuperação/manutenção da funcionalidade das utentes, como também, muitas vezes, pela ajuda na interpretação da sua condição e pela reabilitação da sua autoimagem.

Na área da Uroginecologia, o meu papel como fisioterapeuta baseou-se na realização de: tratamentos de acompanhamento individual e classes de reeducação postural e do pavimento pélvico (CRPPP), para mulheres com incontinência urinária (IU), com ou sem presença de prolapso pélvico, com o objetivo de melhorar a funcionalidade dos músculos do pavimento pélvico (MPP), proporcionar a partilha de experiências e promover a adesão e a capacitação da utente na coordenação entre o trabalho com acompanhamento da fisioterapia e o de autorrealização. Por fim, e não menos importante, classes de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas (adiante designadas por classes de ensino), com informação direcionada ao grupo formado, em que a grande maioria das utentes são encaminhadas para o Serviço de Fisioterapia (SF) após situação de partos instrumentalizados ou de maior traumatização perineal.

Na área da Oncologia mamária, existe não só o trabalho de reabilitação física da mulher, como também o meu papel como fisioterapeuta foi o de reabilitar social e psicologicamente as utentes, preparando-as para as grandes alterações que poderão vir a acontecer na sua vida. Desta forma, ainda na fase de internamento de situação pós-cirúrgica, foi feita uma intervenção precoce para aconselhar e educar acerca de hábitos saudáveis e indicar pequenas estratégias para aumento da funcionalidade; na fase contígua à alta do internamento são feitos tratamentos individuais até à normalização das amplitudes articulares e, posteriormente, é feito o encaminhamento para classes de acompanhamento, com o objetivo de melhorar/manter a funcionalidade/força muscular e as amplitudes articulares ao nível da cintura escapular, prevenir o aparecimento de linfedema e proporcionar a partilha de experiências e o contacto com outras mulheres, enquanto recebem tratamentos de quimioterapia ou radioterapia.

Por último, é feito um acompanhamento por toda uma equipa multidisciplinar nas classes de preparação para o nascimento, onde muitas das grávidas são de alto risco. Nestas classes, os

assuntos abordados são distribuídos de acordo com as diferentes áreas de atuação da equipa (Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Enfermagem e Nutrição), promovendo o conhecimento e o bem-estar das mulheres e dos seus acompanhantes. Nas situações de pós-parto, a intervenção passa pela ajuda às utentes que procuram os serviços e pelas classes de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas, acima referidas, uma vez que praticamente todas as mulheres são puérperas.

Com isto, ao longo deste relatório tentarei transmitir todos os conhecimentos e aprendizagens que adquiri e assimilei durante o estágio e apresentarei uma análise crítica relativa ao que foi elaborado, tendo por base aquilo que é a realidade na prestação de cuidados de saúde públicos e a prática baseada na evidência científica.

Apresentação dos objetivos de estágio

Os objetivos que me propus realizar ao longo deste estágio foram os seguintes:

- Retirar o máximo de informação possível da semana de integração;
- Saber identificar os vários tipos de IU e a presença de prolapsos genitais, até ao final da segunda semana;
- Adquirir conhecimentos aprofundados sobre a prevenção e o tratamento da IU e de prolapsos pélvicos, de modo a aconselhar e estabelecer mais eficazmente um plano de intervenção. Objetivo a cumprir no final da primeira semana;
- Adquirir conhecimentos aprofundados sobre as alterações físicas, fisiológicas e emocionais nas grávidas, bem como das várias etapas da gravidez e procedimentos associados, de modo a preparar, aconselhar e ministrar classes de forma independente. Objetivo a cumprir durante a segunda e a terceira semanas;
- Adquirir conhecimentos aprofundados sobre a prevenção e o tratamento de linfedema do membro superior, as técnicas de avaliação, o tratamento de disfunções pós-cirúrgicas de cancro da mama e os procedimentos de quimio e radioterapia, de modo a aconselhar e estabelecer mais eficazmente um plano de intervenção. Objetivo a cumprir durante a segunda e a terceira semanas;
- Realizar de forma eficaz avaliações subjetivas e físicas às utentes, no final da segunda semana;
- Realizar eficazmente uma sequência de drenagem linfática terapêutica para o membro superior e mama e as técnicas de bandas de multicamadas ou de pressoterapia. Objetivo a cumprir durante a segunda e terceira semanas;

- Saber identificar as limitações da utente, de um ponto de vista biopsicossocial, e estabelecer um plano de intervenção adequado à individualidade da utente. Objetivo a cumprir ao longo da segunda semana;
- Saber manusear de forma correta os aparelhos de *biofeedback*, electroestimulação e perineometro, no final da segunda semana;
- Administrar classes de forma dinâmica, comunicativa e agradável para as utentes. A desenvolver até à terceira semana de estágio e melhorar progressivamente durante toda a sua duração;
- Utilizar uma linguagem clara e encorajadora perante as utentes, melhorando a adesão e o interesse destas na sua recuperação. A desenvolver até à terceira semana de estágio e melhorar progressivamente durante toda a sua duração;
- Reconhecer quadros de disfunção sexual e atuar em conjunto com a equipa multidisciplinar quando necessário, até ao final da quarta semana.

Apresentação dos objetivos do relatório

Cada uma das três partes centrais deste relatório tem os seus objetivos. A primeira parte intitula-se desempenho em estágio, na segunda é apresentado o estudo de caso e a terceira parte são as considerações finais.

Os objetivos do relatório do desempenho em estágio são os seguintes:

- Introduzir todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio;
- Contextualizar o posicionamento da unidade de estágio no Plano Nacional de Saúde;
- Realizar uma breve descrição do local de estágio;
- Realizar uma análise SWOT do local de estágio;
- Identificar as necessidades de saúde no contexto desta especialidade e mais especificamente as encontradas no local de prática;
- Descrever o papel do fisioterapeuta na especialidade e no local;
- Apresentar o registo de três casos clínicos intervencionados;
- Apresentar a análise de três artigos científicos;
- Analisar de forma crítica toda a intervenção realizada no local de estágio em função da melhor evidência científica disponível;
- Apresentar um plano de melhoria para o local de estágio, baseado na evidência;
- Realizar uma análise SWOT pessoal;
- Apresentar o contrato de aprendizagem original e as suas alterações;
- Apresentar o *feedback* obtido ao longo do estágio por parte dos utentes e orientadora de estágio;

- Apresentar uma reflexão sobre todo o processo desenvolvido.

Relativamente à segunda parte do relatório - o estudo de caso - os objetivos são:

- Contextualizar a condição clínica apresentada;
- Expor os problemas encontrados;
- Descrever todo o processo de avaliação subjetiva e física;
- Descrever o diagnóstico e o prognóstico;
- Fundamentar, com base na evidência, o plano de intervenção realizado;
- Refletir criticamente sobre todo o processo de tomada de decisões e sobre o estudo apresentado, destacando a reflexão que este proporcionou no âmbito da fisioterapia;
- Formular sugestões de melhoria relacionadas com a gestão clínica do utente assim como com a utilização do processo da fisioterapia em casos futuros.

Por último, os objetivos da terceira parte do relatório são:

- Relacionar as duas partes anteriores do relatório;
- Descrever os ganhos obtidos a nível pessoal;
- Exposição das limitações pessoais;
- Perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal com apresentação das dificuldades e oportunidades;
- Apresentar propostas para o desenvolvimento futuro da profissão.

1.2. Caracterização da Unidade de Estágio

Posicionamento da unidade no Plano Nacional de Saúde

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), inaugurada a 31 de maio de 1932 e com abertura ao público a 5 de dezembro do mesmo ano, desempenha um papel fundamental na área dos cuidados de saúde materno-infantis e ginecológicos, sendo uma referência a nível nacional quanto à inovação e qualidade dos cuidados prestados. Por homenagem àquele que foi um dos grandes impulsionadores deste projeto, o Dr. Alfredo da Costa (que não viveu para o ver erguer-se), tem como objetivo proporcionar um serviço especializado na área da saúde materno-infantil, assim como responder a uma procura crescente de cuidados de saúde nesta área e promover o desenvolvimento de trabalho científico. O Dr. Alfredo da Costa deixou para trás um vasto currículo clínico e pedagógico, tendo sido um dos grandes pioneiros, em Portugal, nas técnicas obstétricas. (sítio do Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2012)

A MAC é atualmente uma instituição integrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e, desde 01 de março de 2012, foi incluída no Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, de acordo com o Decreto-Lei nº44/2012 de 23 de fevereiro de 2012, momento em que todos os cargos dos conselhos administrativos e dos órgãos de direção técnica da maternidade cessaram, passando a administração a ser feita por elementos de coordenação do Centro Hospitalar em que se insere.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) trata-se de um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de carácter estratégico, destinadas a capacitar e promover o *empowerment* do Sistema de Saúde para cumprir o seu potencial. Considera-se que a capacidade de manter e promover o potencial de saúde está sob a responsabilidade do cidadão, das famílias, das comunidades, das organizações da sociedade civil e do setor privado e social, assim como do nível de planeamento estratégico nacional. O PNS propõe recomendações e envolve estes agentes, procurando demonstrar como os seus esforços são decisivos para a missão social e para a concretização de uma visão comum de Sistema de Saúde. Tal como outras instituições ligadas ao SNS, a MAC segue as orientações do PNS de 2012-2016, o qual serve como base de suporte e contribui com as suas orientações, prioridades e metas. (Plano Nacional de Saúde 2012-2016)

Para a aplicação do PNS, foram constituídos Programas Nacionais de Saúde e, segundo a Direção-Geral da Saúde, existem quarenta. Oito dos quais, foram destacados como de desenvolvimento prioritário e, de entre esses 8, encontra-se o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO). Juntamente com o Programa Nacional de Saúde

Reprodutiva (PNSR), são 2 programas que regulam as práticas-base na MAC e que preconizam que se dê especial importância à formação profissional e à aposta na produção científica.

Ao abrigo do PNPCDO e do PNSR, foram criadas uma Rede de Referência Integrada em Oncologia (RRIO) e uma Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI), respetivamente. O objetivo destas redes passa pela constituição de um sistema que integre os diferentes tipos de instituições que se articulam entre si, para prestarem cuidados de saúde especializados nas suas respetivas áreas de especialização, numa perspetiva integrada e globalizante. Nelas deverão estar incluídos os Centros de Saúde, Hospitais Distritais, Hospitais Centrais e os prestadores privados que trabalham em complementaridade com o SNS, facilitando a comunicação entre as instituições responsáveis pelos cuidados de saúde a nível local, regional e central.

Na RRIO, a MAC surge como uma instituição que se pode considerar de plataforma C, pelo nível de proximidade geográfica mais periférico, acolhendo casos com base de incidência alargada na população e por meio de referência externa, ainda que apenas em condições oncológicas na mulher. Por sua vez, na RRMI, a MAC surge como um dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e da Administração Regional de Saúde do Algarve, pelo nível de especialização existente e pela oferta de profissionais das mais variadas áreas ligadas à saúde materno-infantil. Aquilo que também distingue a MAC como um HAPD de um Hospital de Apoio Perinatal (HAP), é a responsabilidade nas áreas de Avaliação e Formação dos profissionais da instituição e da zona que abrange.

Relativamente às disfunções uroginecológicas, este é um tema que não é abordado com frequência ao longo do PNS e muito menos foi criado qualquer Programa Nacional de Saúde que vise proteger os interesses dos utentes nesta matéria. A incontinência urinária é, no entanto, um assunto brevemente abordado no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, como um dos fatores de grande vulnerabilidade face a um envelhecimento que se quer ativo.

Desta forma, a MAC desempenha um papel fundamental na implementação das boas práticas ao nível da Saúde Materno-Infantil e da Mulher em Portugal. Pelo facto de se conseguir integrar em altos níveis nas redes de referência a nível nacional e de se articular com os demais Centros de Saúde, Hospitais Centrais e Unidades Coordenadoras Funcionais da saúde materna e neonatal, obriga ao cumprimento dos objetivos e regulamentos rigorosos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde.

Descrição do local

Atualmente, a missão da MAC é garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida.

A sua visão passa por ser reconhecida, enquanto instituição, como unidade de excelência na área da saúde integral da Mulher.

A sua área de influência estende-se a várias freguesias de Lisboa, Loures e Odivelas e a sua atividade desenvolve-se nas áreas da saúde pré-natal e neonatal, pré-concepcional e ginecológica (associada ou não à função reprodutiva), estando organizada em oito serviços clínicos (Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria/Neonatologia, Anestesia, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Radiologia e Anatomia patológica) e em nove serviços de apoio. A MAC possui dois edifícios estruturais ligados entre si, pelos quais são distribuídos os vários serviços.

Por não haver coordenação por parte de um médico fisiatra, a MAC possui um Serviço de Fisioterapia. Este é orientado pela Fisioterapeuta Coordenadora que reporta, desde a união ao Centro Hospitalar, à Fisioterapeuta Coordenadora do CHLC. As suas instalações encontram-se no corredor de acesso público no 3º e último andar do edifício posterior, com acessibilidade por meio de escadas e um elevador, que partilha com os serviços de Psicologia, Serviço Social e Nutrição.

A intervenção da fisioterapia na MAC faz-se em quatro grandes vertentes: patologias do foro oncológico na mulher, Uroginecologia, Materno-Fetal e Pediatria/Neonatologia. Para o efeito, a atuação na área da Materno-Fetal dá-se nos respetivos quartos de internamento. Na área da Pediatria/Neonatologia, a atuação desenvolve-se no 1º andar no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e da Unidade de Cuidados Intermédios (UCI) – em regime de internamento – e no contexto de parceria com as consultas de Pediatria – em regime de ambatório. Para tal, dispõe de um gabinete equipado com brinquedos e materiais pedagógicos e de fisioterapia necessários e indicados para intervenção em pediatria. Nas restantes áreas, a intervenção ocorre no 3º piso, acima referido, havendo ao dispor dos fisioterapeutas: um espaço amplo (com três postos de trabalho de secretária separados fisicamente) que tem acesso a um gabinete para realização de tratamentos individualizados do foro oncológico (com 2 marquesas, material de apoio e equipamento de pressoterapia); um ginásio com cerca de 36m² (que tem entrada por uma sala reservada aos utentes que usufruem do ginásio e que serve como bengaleiro e vestiário) e dispõe de colchões de chão, cadeiras, um televisor, um projetor e respetiva tela de projeção e faz acesso a uma sala de arrumações onde se colocam as bolas de Bobath, almofadas, materiais de reserva, objetos pedagógicos e material expositivo acerca do aparelho urinário e das fases de transformação durante a gravidez e, finalmente, um gabinete para tratamentos individualizados indicado para uroginecologia, com uma marquesa, cadeiras, bola de Bobath, material de apoio e um equipamento de electroestimulação. O aparelho de *biofeedback* por sonda com ligação ao computador existente encontra-se avariado e o pedido de substituição foi negado pelo CHLC. Durante o estágio, fiz-me acompanhar por um perineómetro manual.

Na entrada do piso encontra-se o acesso às casas-de-banho públicas e à reservada aos profissionais. Ao entrar no corredor, encontram-se dois gabinetes para trabalho administrativo e uma sala de espera. Os gabinetes de outras especialidades, nomeadamente, da Psicologia, do Serviço Social e da Nutrição, situam-se ao longo de todo o corredor e o complexo do Serviço de Fisioterapia encontra-se no final dele. O corredor, tendo uma remodelação relativamente recente, apresenta um aspeto colorido em tons de laranja e bem iluminado, exceto o gabinete para uroginecologia que não tem janela nem luz natural. Importa referir que os espaços físicos e o material disponível do Serviço podem ser fatores limitadores ao desenvolvimento do trabalho.

Análise SWOT do local

Uma análise SWOT, segundo Boone e Kurtz (1998), tem como objetivo avaliar uma empresa, pessoa ou serviço e traçar um diagnóstico estratégico, ajudando na criação de um plano de intervenção. Dá-se pela avaliação global dos pontos fortes (*Strengths*), fraquezas (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*). A análise pode ainda ser dividida interna e externamente, isto é, aquilo que diferencia a empresa/serviço/pessoa da concorrência e aquilo que corresponde aos fatores provenientes do mercado, respetivamente. Passo a expor a análise SWOT realizada ao Serviço de Fisioterapia e à MAC, conforme apresentado no quadro 1, abaixo.

Ambiente Interno	Ambiente externo
Pontos fortes <i>Serviço de Fisioterapia</i> <ul style="list-style-type: none"> - Instalações de qualidade satisfatória - Grande capacidade de articulação com outros serviços - Prestação de cuidados inigualáveis em território nacional - Integração em equipa multidisciplinar - Bom ambiente profissional entre os vários serviços - Boas práticas no contacto com os utentes, com possibilidade de contacto via telefone e via e-mail - Boa capacidade de adaptação cultural - Grau elevado de satisfação dos utentes <i>MAC</i> <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais altamente qualificados - Grande especificidade na intervenção realizada - Excelente localização com bons acessos - Grande controlo nos acessos 	Oportunidades <i>Serviço de Fisioterapia</i> <ul style="list-style-type: none"> - Parte integrante de uma instituição altamente conceituada e de referência a nível nacional no domínio da saúde materno-infantil e da mulher - Oferta de serviços públicos e tendencialmente gratuitos plenamente direcionados para a mulher - Grande contacto com mulheres sem disfunções, atuando na prevenção e na educação para a saúde - Aumento da incidência e da prevalência de IU e de cancro - Maior conhecimento e procura da população sobre a importância da preparação para o nascimento e do tratamento de DU <i>MAC</i> <ul style="list-style-type: none"> - Inexistência, a nível nacional, de um serviço semelhante, com profissionais tão qualificados e experientes - Reconhecimento, por parte da população, como um marco nacional - Instituição de referência a nível nacional

Pontos fracos <i>Serviço de Fisioterapia</i> <ul style="list-style-type: none"> - Lacuna na prestação de cuidados no pós-parto - Capacidade de resposta a apenas utentes da MAC - Falta de recursos humanos para dar resposta às necessidades - Falta de recursos monetários para a aquisição de material - Limitação ao horário laboral estipulado - Espaços de dimensões limitadas <i>MAC</i> <ul style="list-style-type: none"> - Limitações estruturais do edifício 	Ameaças <i>Serviço de Fisioterapia</i> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da disponibilidade da população em geral para recorrer à prestação de cuidados de saúde, especialmente quando em horário útil - Aplicação de taxa moderadora para quem ainda não tem um grau de incapacidade atribuído <i>MAC</i> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da taxa de natalidade da população portuguesa - Conjuntura económica e laboral nacional desfavorável - Possibilidade de encerramento face às circunstâncias do SNS com desmembramento de equipas
--	--

Quadro 1. Análise SWOT ao Serviço de Fisioterapia e à Maternidade Dr. Alfredo da Costa

1.3. Caracterização dos utentes e da intervenção

A partir deste ponto, apenas abordarei assuntos relacionados com a área da Uroginecologia, nomeadamente as temáticas de disfunções uroginecológicas e de incontinência urinária, uma vez que foi a área que consumiu grande parte do meu tempo em Estágio e aquela que tenho maior vontade em evoluir.

Necessidades de saúde no contexto da especialidade e as encontradas no local de prática

Por disfunções uroginecológicas (DU) entende-se todo um conjunto de sintomatologia associada a condições específicas na região pélvica da mulher. Incluem situações de incontinência urinária, fecal ou de gases; situações de prolapso de órgãos pélvicos (POP), seja da bexiga, reto, intestino, uretra ou do útero e, ainda, situações de disfunção sexual, nomeadamente, dispareunia, vaginismo, laxidão do canal vaginal, diminuição de líbido sexual ou alterações de sensibilidade.

A continência, por sua vez, consiste na capacidade normal de uma pessoa acumular urina e fezes, com controlo consciente sobre o tempo e o lugar para urinar ou defecar (Getliffe & Dolman, 2007). Está relacionada com vários fatores, não dependendo apenas do estado e integridade dos órgãos pélvicos, especificamente envolvidos, e dos tecidos vizinhos, mas também da saúde em geral (física e mental) da pessoa (Polden & Mantle, 1997). Segundo a *International Society of Continence*, a incontinência é uma condição em que existe eliminação involuntária de urina, seja devido a uma disfunção na capacidade de armazenamento da urina ou por incapacidade em

completar o esvaziamento, e constitui um problema social e/ou de higiene. (Henscher, 2007; Oliveira, Rodrigues e Paula, 2007)

A incontinência urinária (IU) é um problema comum, afetando cerca de dois terços de toda a população feminina, no entanto, não é apenas a paciente que é afetada, como também a sua família e a sociedade, e apresenta implicações médicas, sociais e económicas (Murphy, Heit & Culligan, 2003; Smith, McCrery & Appell, 2006). Em termos médicos, e associada a pessoas com mais idade, podem decorrer úlceras de decúbito, infeções do trato urinário, sepsis, insuficiência renal e aumento da mortalidade. Em termos sociais, as suas implicações incluem diminuição da autoestima, restrição das atividades sociais e sexuais, depressão e, em casos graves, dependência de um cuidador, sendo um dos fatores na decisão de institucionalização de um idoso (Moura, 2005). Economicamente, implica uma carga substancial aos utentes, aos sistemas de saúde e aos governos, havendo autores que sugerem que os custos diretos com IU são similares aos com doenças crónicas, como o cancro da mama, osteoporose ou artrite (Viktrup, Summers & Dennet, 2005). Sabe-se também que as perdas de urina prejudicam seriamente a qualidade de vida das mulheres, que são forçadas, muitas vezes, a organizar estratégias exaustivas para prevenir ou disfarçar manchas e/ou odor a urina e, ainda que não seja uma condição que coloque a vida em risco, pode influenciar drasticamente as capacidades físicas, psicológicas, psíquicas e sociais das utentes afetadas. Relativamente a implicações emocionais e comportamentais, podem desenvolver apatia generalizada, sentimentos de culpa e atitudes depressivas devido à natureza imprevisível dos sintomas. Vários estudos demonstraram uma correlação entre IU e altos níveis de depressão, com uma incidência três vezes maior nas pacientes incontinentes que nas continentes. As mulheres com IU podem também sentir uma ameaça à sua feminilidade, expressada através de sentimentos de vergonha, inadequação e diminuição da autoestima e, posteriormente, a incapacidade comunicativa e emocional (Sacco e Tienforti, 2013).

As mulheres com IU, sobre o risco de não serem tratadas, estão mais susceptíveis à evolução para quadros clínicos agravados, desenvolvendo outras condições e sintomatologias uroginecológicas, tais como incontinência fecal e/ou de gases, prolapsos de órgãos pélvicos ou disfunções sexuais. (Viktrup, Summers & Dennet, 2005)

Assim, o fisioterapeuta deverá assumir um papel polivalente, dentro da especificidade da área, por forma a dar resposta às múltiplas necessidades das utentes.

Na prática, observa-se que as necessidades das utentes se alteram consoante a faixa etária em que se inserem e da sua educação/escolaridade. Muitas mulheres, por falta de informação, consideram que a IU é um problema comum e que “é normal”. Para essas mulheres, o objetivo principal passa por explicar o que realmente é a IU, quais os procedimentos fisiológicos que

acontecem e que levam a que tenham perdas de urina e o que se deve fazer para evitar, prevenir ou tratar essas perdas.

Durante o estágio, intervimos especialmente em mulheres em período de pós-parto e em mulheres das mais diversas faixas etárias com IU, em que muitas destas últimas se encontravam em lista de espera para tratamento. Em qualquer uma dessas situações as principais preocupações que surgem assentam na (quase) obrigatoriedade do uso de um penso e, consequente, passagem para pensos mais reforçados ou mesmo fraldas, nas possíveis alterações nas relações sexuais e nas dificuldades ao manterem rotinas e ao realizarem certas atividades do dia a dia. Em suma, existe quase sempre comprometimento a nível social, profissional e higiénico, com a constante presença de dúvidas como “estarei a cheirar mal?”, “será que se nota o penso?”, “será que existe casa-de-banho para onde vou?”, entre outras.

Recentemente, devido aos ajustes decorrentes da passagem da MAC para o CHLC, a consulta da especialidade médica de Uroginecologia foi encaminhada para o Hospital de S. José, havendo uma redução quase completa na entrada de processos de mulheres com IU com mais idade. No entanto, a lista de espera para tratamento está com mais de um ano de atraso, em que a grande maioria das utentes apresentam já alguma idade. Todavia, com estes acontecimentos, deu-se a oportunidade de criar novos protocolos de assistência, que visam a prevenção e a educação para a saúde. De um modo geral, está definido que o acesso ao SF inicia-se sempre pela frequência das classes de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas. Assim, trabalhando conjuntamente com os profissionais do internamento de puérperas, estabeleceu-se que todas as mulheres que tenham experienciado um parto de natureza mais traumática, seja por instrumentalização ou por laceração perineal, e que apresentem ou não algum tipo de DU, são encaminhadas para o SF, por forma a participarem nas classes acima referidas. Torna-se assim, numa grande aposta na divulgação de informação e na prevenção, que se espera que a longo-prazo produza resultados e leve à diminuição da prevalência e da incidência de DU e mais especificamente da IU.

Relativamente ao período de pós-parto, sabe-se que a gravidez e o parto vaginal são considerados grandes fatores de risco ao enfraquecimento dos MPP e ao desenvolvimento de IU e de POP em mulheres jovens, particularmente aquando de um parto instrumentalizado (Bø, 2011). Nesse período, as preocupações das mulheres passam pela recuperação ao nível estético e do pavimento pélvico, uma vez que o aspeto visual da vulva e a fisionomia e a perceção que têm dos seus órgãos sexuais externos se altera, surgindo pensamentos como “será que o meu canal vaginal vai ficar menos laxo?”, “será que o meu companheiro vai notar/aceitar a diferença?”, “tenho dor durante as relações sexuais” ou “as perdas de urina/fezes/gases vão passar?”. Posto isto, consoante

os problemas apresentados pelas utentes, os assuntos abordados nas classes, que acabam por frequentar, são direcionados ao grupo formado e às pertinentes questões colocadas.

Muitas das utentes que passam pelo SF agradecem o apoio que lhes é dado e elogiam o trabalho realizado, mencionando a falta que faz não haver um fácil acesso à informação para prevenção e/ou tratamento das DU, havendo acima de tudo uma prestação de cuidados de saúde centrados na mulher e para a mulher e sem igual a nível nacional.

Descrição do papel do fisioterapeuta na especialidade e no local, segundo a prática baseada na evidência

No tratamento de condições uroginecológicas, o fisioterapeuta deverá ser um dos profissionais de primeira linha de tratamento, fazendo, muitas vezes, recurso ao ensino do treino dos músculos do pavimento pélvico, uma vez que a força destes músculos encontra-se, na maioria dos casos, fraca, levando ao aparecimento dessas condições sintomatológicas. (Alewijjnse et al., 2003; NICE, 2006) Ainda assim, a incontinência urinária, que tem uma etiologia multifatorial, poderá agregar vários sintomas que não impliquem diretamente a presença de fraqueza dos MPP e, consequentemente, o seu treino para fortalecimento.

O fisioterapeuta deverá ser capaz de intervir no restaurar da função, na redução da incapacidade e na melhoria da qualidade de vida. Deverá também desempenhar um papel presente, não só através do ensino da contração dos MPP, como através da avaliação desses músculos, uma vez que a grande maioria das utentes falha em realizar uma correta contração, com informação apenas oral ou por escrito. Sendo exatamente este fator que separa a classe de fisioterapeutas de um outro profissional de saúde com um papel meramente de orador. Existe mesmo evidência de altas taxas de eficácia no treino dos MPP, com acompanhamento por fisioterapeutas especializados na área, ao invés de outros profissionais generalistas, sem formação específica na gestão da continência (Neumann e Morrison, 2008). Sabe-se também que o treino dos MPP, para o tratamento de DU, é melhor que não fazer tratamento, apresenta taxas de eficácia significativas, não tem efeitos secundários e contribui para a diminuição dos gastos cirúrgicos e hospitalares (Zanetti et al., 2007).

Segundo Alewijjnse et al. (2002), o fisioterapeuta deverá saber promover a adesão e a motivação da utente a um programa de treino dos MPP, bem como ajudar na capacitação das mulheres na definição de estratégias para o seu quotidiano, que possam influenciar a diminuição de perdas de urina, de fezes ou de gases e a melhoria da qualidade de vida. Tais objetivos podem ser conseguidos através do ensino da anatomia e fisiologia dos MPP e da bexiga, do funcionamento e mecanismos de continência, do treino da bexiga, das atitudes de prevenção de perdas e de fatores

condicionantes, desencadeadores e estimulantes. Sendo que o tratamento de DU trata-se de um processo moroso e contínuo, é realmente o fator “motivação” que determina a adesão e o sucesso da intervenção.

Na MAC, a intervenção em mulheres com DU está diretamente dependente do encaminhamento para o SF por indicação médica, sendo forçosa a necessidade da partilha de informação e do reconhecimento da intervenção da fisioterapia por outros profissionais.

Considerando o acompanhamento da fisioterapia de forma individualizada, a intervenção vai de encontro aos problemas apresentados pelas utentes, através da execução do processo da fisioterapia e do raciocínio clínico. As estratégias utilizadas estão de acordo com a literatura existente e abordam as questões supracitadas por Alewijnse et al. (2002). No entanto, a utilização do aparelho de *biofeedback* por sonda vaginal com ligação ao computador, com uma dessas estratégias, não tem sido possível, devido a uma avaria que já havia sido comunicada ao CHLC, e que até à finalização do estágio não teve um desfecho positivo para o SF da MAC. E, por a sua aplicação poder constituir uma das abordagens eficazes no tratamento de DU (Rardin, 2007), seria importante mantê-lo em funcionamento, de modo a obter o melhor *outcome* possível.

É ainda feito recurso ao aparelho de electroestimulação, se assim for necessário, o qual aparece também descrito na literatura como uma abordagem que poderá potenciar a eficácia da intervenção global. Contudo, a sua utilização é maioritariamente usada na vertente de inibidor do músculo detrusor, ao invés de estimulador de contração dos MPP, muito em parte, por as mulheres que seguem para tratamentos individuais, terem já frequentado a classe de ensino e feito uma avaliação individual e, daí, existir quase sempre um mínimo de contração muscular. Por esta razão, há uma valorização do fortalecimento muscular ativo, em detrimento da tonificação passiva, garantida pelo uso de electroestimulação por sonda vaginal.

Para algumas utentes, especialmente aquelas que não são puérperas ou que se encontram em lista de espera para tratamento, pode surgir a oportunidade de participarem nas classes de reeducação postural e do pavimento pélvico. Sendo uma abordagem de intervenção, para as mulheres que dela possam beneficiar, estas classes têm o objetivo de melhorar a funcionalidade do pavimento pélvico, proporcionar a partilha de experiências e promover a adesão e a capacitação da utente na coordenação entre o trabalho com acompanhamento da fisioterapia e o de autorrealização. Estas classes decorrem semanalmente, entre 4 a 6 semanas, e têm normalmente a duração de 45 minutos. São realizados exercícios de mobilização e fortalecimento muscular no âmbito da reeducação postural, com especial atenção à articulação entre as estruturas ancas-bacia-região sagrada-coluna, intercalados com exercícios de fortalecimento dos MPP, por meio de contrações rápidas e de contrações mantidas no tempo, associadas a diferentes posicionamentos. Conforme as

capacidades demonstradas pelo grupo formado, a dificuldade dos exercícios deverá aumentar gradualmente.

Como já referido anteriormente, na área da Uroginecologia, um dos principais objetivos tem sido o investimento na prevenção e na educação para a saúde, através das classes de ensino para prevenção/tratamento de DU, de modo a promover o *empowerment* das utentes e tentar diminuir, a longo-prazo, a prevalência e a incidência de DU. Nesse sentido, é realizado um trabalho em grupo, por meio de pedagogias participativas com auxílio a recursos audiovisuais e materiais didáticos, que visa a prevenção e o tratamento, contribuindo ainda para uma visão ampliada da saúde e promovendo a troca de experiências, a construção de conhecimento, a consciencialização da utente como um sujeito ativo no seu processo de recuperação e a sua motivação para que a reabilitação da funcionalidade seja alcançada. Ainda assim, este é um processo ímpar em que o modelo de intervenção, com o intuito de prevenir e educar, é pouco explorado, muito em parte devido às políticas de saúde nacionais praticadas, que ainda preferem aplicar políticas de “tratamento” em detrimento das de “prevenção”.

Registos clínicos de utentes

Ao longo do estágio na MAC tive a oportunidade de intervir em diversas patologias e/ou situações clínicas dentro da fisioterapia na saúde da mulher. Intervim em várias utentes que apresentavam disfunções uroginecológicas, nomeadamente, situações de incontinência urinária, fecal e/ou de gases, prolapso pélvicos, dispareunia ou ainda em contexto de período de pós-parto.

Assim, selecionei 3 registos clínicos com condições clínicas distintas que considere serem o exemplo da realidade da prática da fisioterapia na MAC.

Primeiro caso clínico

O primeiro caso diz respeito a uma utente de 32 anos, na condição de puérpera, que, após frequentar uma das classes de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas e apresentar alguns traços sintomatológicos, pediu acompanhamento individual com a fisioterapeuta. A utente, primípara, realizou, a 01/12/2013, um parto distócico por fórceps e ventosa, tendo sido feita uma episiotomia preventiva. Não obstante, fez ainda uma laceração interna de grau I, sem mais complicações, em que a cicatrização decorreu normalmente. O bebé pesava 3,010kg à nascença e teve um índice de APGAR 8. A utente frequentou classes de preparação para o nascimento num estabelecimento privado e, como tal, tinha já algum conhecimento acerca do períneo e da fisiologia

dos MPP. O primeiro contacto foi a 06/02/2013, cerca de 2 meses após o parto, na classe de ensino. Ainda assim, a sessão individual apenas pôde acontecer a 01/03/2013.

Como esclarecido pela utente, à data do primeiro tratamento, durante o mês de abril iria ausentar-se para frequentar uma classe de recuperação de pós-parto, num estabelecimento privado. Como as suas expectativas recaíam sobretudo na reabilitação do pavimento pélvico, foi feita uma avaliação mais extensiva acerca dos problemas uroginecológicos presentes.

Na avaliação subjetiva, a utente referiu que os seus principais problemas eram a perda involuntária de urina e de gases e a dor na cicatriz resultante, de forma constante e agravada durante as relações sexuais que já havia iniciado. As perdas urinárias estavam associadas a atividades de maior esforço (como pegar no bebé dobrada - *sic*) e aconteciam “raramente”, com sensação de gotejamento como resposta ao esforço. As de gases, que causavam maior apreensão, foram caracterizadas como “frequentes”, associadas a atividades de esforço e que aumentassem a pressão intra-abdominal e mesmo em situações ocasionais, deitada ou a mudar de posição, sem que houvesse qualquer sinal anterior à perda. Não existia, contudo, perda de conteúdo e a função intestinal não era regular, havendo episódios de obstipação, com duas a três evacuações semanais.

As suas preocupações incidiam no facto de tais perdas e situações desencadeadoras começarem já a restringi-la no seu dia a dia e a implicarem a sua máxima concentração e cuidado constantes, para que não ocorressem perdas no quotidiano social, nem no ambiente familiar.

Na consulta de revisão de pós-parto, a médica referiu que um dos últimos pontos internos estaria algo apertado (*sic*). A utente, no momento, já não apresentava hemorragia pós-parto, pois o intervalo entre o 1º contacto e a avaliação individual deveu-se, exatamente, ao aparecimento da 1ª menstruação após o parto. Relativamente às relações sexuais, foi referida a sensação de dor na penetração, já anterior ao parto, mas agora extensível a todo o ato. Apesar da queixa de alguma secura, nesta fase, a utente não utilizou qualquer tipo de lubrificação, mas já tinha iniciado a toma de contraceção oral (*cerazette*). A utente dava, ainda, exclusivamente de amamentar.

No exame físico, aquando da observação do períneo e da palpação vaginal, observou-se a cicatriz da episiotomia com uma apresentação lateral à direita, a fugir de zona circundante do ânus. O períneo tinha um aspeto ruborizado normal com apresentação vulvar ligeiramente aberta, sem assimetrias labiais. A sensibilidade táctil foi testada na face interna das coxas, no fundo das nádegas e nos grandes lábios e a resposta à sensação foi normal bilateralmente. Foi feito o teste da tosse com e sem associação a contração dos músculos do pavimento pélvico. Em ambas, observou-se manobra de valsalva no períneo, sem perda de urina (com bexiga esvaziada havia pouco mais de uma hora).

No momento da palpação vaginal, a utente permitiu que fossem introduzidos 2 dedos no canal vaginal para avaliação, ainda que, à introdução do 2º dedo, houvesse uma reação ténue de

desconforto. As primeiras ilações à palpação foram a notória presença de abundante conteúdo fecal na zona retal e de alguns nódulos cicatriciais dispersos ao longo da parede latero-posterior do canal vaginal. Foram, depois, pedidas 2 contrações rápidas dos MPP e 2 contrações mantidas no tempo seguidas de completo relaxamento, o qual não foi bem-sucedido e em que a própria utente referiu sentir o pico de força da fraca contração, mas não sentir que conseguisse relaxar. As contrações estiveram também acompanhadas de contração sinérgica dos glúteos e adutores das coxas. A correta realização apenas se sucedeu após o *feedback* da fisioterapeuta. Na avaliação da força dos MPP, obteve um grau II na escala de Oxford, sem que houvesse harmonia e qualidade na contração, especialmente ao nível da coordenação muscular entre as paredes anterior e posterior vaginais e com maior dificuldade nas contrações mantidas no tempo. Na escala de *PERFECT* foi obtido um score de P=2, E=4, R=4, F=6 e ECT=15. Aquando da realização destes testes, houve cerca de duas perdas de gases perceptíveis.

Posturalmente, a utente apresentava anteriorização da cintura escapular, retificação da coluna lombar, aumento da cifose dorsal, bacia em báscula posterior e alguma proeminência abdominal. Pesava 64kg e media 1,56m, com um índice de massa corporal de $\approx 26,3$.

Do ponto de vista funcional, apresentavam-se alterações ao nível da força dos MPP; da manutenção de um tónus muscular que inibisse a abertura do canal uretral, face a um aumento de esforço ou da pressão intra-abdominal, e da coordenação entre a ativação das fibras musculares rápidas e esses mesmos aumentos, motivos pelos quais a utente mostrava algumas limitações, nomeadamente na dimensão da vida social e familiar. Também as dores sentidas durante as relações sexuais começavam a perturbar o seu relacionamento com o companheiro.

Após consideração de todos os dados obtidos, os objetivos traçados, em concordância com a utente, de uma forma geral, passaram por diminuir a dor e o desconforto sentidos nas zonas de nódulos cicatriciais e por diminuir as perdas urinárias e de gases.

O plano de tratamento consistiu, assim, no ensino e na realização de massagem perineal e dos nódulos cicatriciais, a fim de diminuir a sensação de dor e de desconforto, tanto em repouso, como durante as relações sexuais, e no ensino e realização de um programa de treino de contrações dos MPP, com e sem *feedback* da fisioterapeuta e/ou de um perineómetro. Foram também reforçadas algumas das indicações ministradas na classe de ensino, sobretudo para a adoção de estratégias comportamentais, que visam modificar hábitos, e para a elucidação quanto à utilidade de certas estratégias preventivas, como a contração antecipada dos MPP face a uma situação de esforço ou de aumento da pressão intra-abdominal (técnica de *knack*) ou o uso de lubrificação vaginal durante as relações, de modo a diminuir o atrito sobre as zonas dolorosas.

As sessões de tratamento foram feitas semanalmente, em que as duas primeiras semanas consistiram, principalmente, na realização de massagem perineal e dos nódulos cicatriciais e no treino dos MPP, com *feedback* de um espelho e da fisioterapeuta. A utente foi ainda fortemente aconselhada a respeitar o plano de exercícios dos MPP a realizar diariamente ao domicílio. Ao fim desses dois tratamentos, deu-se a primeira reavaliação de forma simples. A dor e o desconforto sentidos na região perineal já não eram significativos e a massagem passou a ser unicamente um trabalho de autorrealização em casa, pelo menos, 2 vezes por semana. A partir de então, redefiniram-se os objetivos e houve lugar ao treino dos MPP com *feedback* por meio de um perineómetro, pois a introdução da sonda no canal vaginal já não causava desconforto. O perineómetro utilizado era constituído por uma sonda de pressão contendo ar que se introduzia na vagina e que estava ligada a um manómetro. Obteve-se um valor de 8 mmHg para ambas as formas de contração dos MPP. Nesta reavaliação, foi novamente reforçada a ideia de que seria benéfica a realização de trabalho muscular abdominal.

Pôde-se considerar uma terceira avaliação, ou uma avaliação intermédia, ao final de 5 tratamentos, a 27/03/13, uma vez que durante o mês de abril a utente se ausentou para frequentar uma classe de recuperação de pós-parto, no estabelecimento privado onde já tinha feito a preparação para o nascimento. Assim, nesta avaliação não houve quaisquer diferenças ao nível do exame físico; na palpação vaginal não foi sentida a presença de conteúdo fecal, nem dos nódulos cicatriciais sentidos na primeira avaliação; a sensação de relaxamento muscular, após contração, já era perceptível à utente e mais evidente na palpação e no perineómetro e não houve também diferenças significativas na avaliação da força dos MPP. Ainda assim, por haver maior sensação de harmonia e qualidade na contração, foi atribuído um grau II+ na escala de Oxford. Por não haver ainda melhorias significativas na força que pudessem conduzir a resultados igualmente significativos, não foi feita a avaliação na escala de PERFECT. A utente referiu ainda já não ter perdas de urina e que as de gases também já não eram tão frequentes como inicialmente (em parte pela adoção da técnica de *knack*) e a dor sentida durante as relações sexuais havia já desaparecido.

A quarta e final reavaliação, a 17/05/2013, deu-se após a participação na classe de recuperação pós-parto e coincidiu com o retorno da utente ao serviço para a frequência da 2ª aula da classe de ensino. Pela avaliação subjetiva apurou-se a ausência de perdas urinárias e de gases e a dispensa do recurso a lubrificação vaginal nas relações sexuais, por aumento da própria lubrificação natural e por ausência de dor. Ao exame físico, a cicatriz externa encontrava-se praticamente impercetível; o períneo tinha um aspeto ruborizado normal, com apresentação vulvar ligeiramente mais fechada que na primeira avaliação e sem assimetrias labiais; não houve alterações ao teste da sensibilidade tátil e, ao teste da tosse, não houve presença de manobra de valsalva aquando da

associação da contração dos MPP à tosse (mesmo com sensação de bexiga cheia). À palpação vaginal, foi obtido um grau III na escala de Oxford para os MPP e, na escala de *PERFECT*, o score foi de P=3, E=8, R=10, F=9 e ECT=24. Na perineometria foi obtido um valor médio de 26mmHg para contrações rápidas dos MPP e de 20mmHg para as contrações mantidas no tempo.

Após o processo de reavaliação, a utente foi posta a par dos resultados obtidos. Verificando-se alguma eficácia da intervenção até ao momento, a utente considerou os progressos suficientes e propôs a interrupção dos tratamentos, mesmo quando aconselhada a prosseguir-los. Foi-lhe dada alta do serviço e recomendou-se a continuidade do treino dos MPP com afinco, pelo menos nos 3 meses seguintes, e a manutenção de hábitos saudáveis para prevenção de futuras DU.

Os registos da utente encontram-se em Apêndice I.

Segundo caso clínico

O registo da próxima utente diz respeito a uma utente de 48 anos que foi contactada por se encontrar em lista de espera para tratamentos individuais desde novembro de 2011. O historial da utente indicava que a primeira ligação ao serviço de fisioterapia se deu por referência médica, na consulta de Uroginecologia da MAC, e que apresentava um quadro clínico de incontinência urinária mista e de ligeira incontinência de gases, com elevada dependência de pensos de grande absorção. Na altura frequentou as classes de ensino, constituída por uma primeira classe seguida de avaliação individual e por uma segunda classe. Por não ter apresentado melhorias significativas durante os 3 meses que separam as classes, foi encaminhada para a lista de espera. Ainda assim, as perdas de urina por urgência e de gases tinham diminuído consideravelmente, bem como o recurso a pensos, na altura já de média absorção. Apresentava força dos MPP de grau III às contrações mantidas no tempo e de grau IV nas contrações rápidas e manobra de valsalva com perda de urina, em ambas as formas de avaliação no teste da tosse.

Aquando do contacto para início dos tratamentos, a utente referiu não ter, naquele momento, disponibilidade horária para os tratamentos, apesar de, infelizmente, ser uma condição que cada dia se ia tornando mais difícil de sustentar (*sic*). O acordado com a utente foi então realizar uma nova avaliação para averiguar a sua situação clínica atual e tentar posteriormente definir um plano de intervenção que fosse adequado às condições que se impunham.

Assim, na avaliação subjetiva, a 17/05/2013, os principais problemas referidos eram efetivamente a perda involuntária de urina em grandes quantidades, associada a atividades de esforço e que aumentassem a pressão intra-abdominal, e que nos últimos meses, após um período de constipação, essas perdas ter-se-iam agravado e passaram a ser bastante frequentes, mesmo em situações de repouso, especialmente durante o sono. As perdas, e o respetivo uso de pensos, eram já

um grande fator limitador no seu dia a dia, com restrições ao nível da sua vida social, profissional e pessoal. Foram caracterizadas com frequência de “sempre” que faz algum tipo de esforço, havendo uma resposta com sensação de esguicho, em especial nas situações de tossir/espirrar, rir às gargalhadas ou andar mais rápido. Nas situações de repouso, as perdas foram identificadas com sensação de gotejamento, o que levava ao uso diário de vários pensos de grande capacidade de absorção. Durante as relações sexuais, não apresentava dor, mas referiu algumas perdas, embora mínimas. Relativamente à função intestinal, referiu ser regular, com cerca de 1 evacuação por dia. Não se encontrava ainda na menopausa e tinha um período menstrual irregular de cerca de 5 a 6 dias por ciclo. Tomava a pílula há cerca de 20 anos. Tinha historial de realização de histeroscopia e laparoscopia ovárica, sem partos nem gravidezes. Era uma grande fumadora, consumindo cerca de 20 cigarros por dia e, à data, tomava medicação anti-histamínica e antidepressiva.

No exame físico, aquando da observação do períneo e da palpação vaginal, não se observaram alterações fisionómicas significativas, o períneo tinha um aspeto ruborizado normal com apresentação vulvar fechada, sem assimetrias labiais. A sensibilidade tátil foi testada na face interna das coxas, no fundo das nádegas e nos grandes lábios e a resposta à sensação foi normal bilateralmente. O teste da tosse teve uma resposta positiva para manobra de valsalva em ambas as etapas de avaliação, sem que houvesse perda visível de urina, mas que a utente referiu ter tido perdas sob a forma de gotas que estavam a escorrer em direção ao ânus (com bexiga esvaziada havia menos de uma hora).

Foi feita palpação vaginal com introdução de 2 dedos no canal vaginal, sem resposta dolorosa ou de desconforto. As primeiras conclusões foram o ligeiro abaulamento da parede anterior, com sugestão de possível início de prolapso da bexiga. Foram, depois, pedidas 2 contrações rápidas dos MPP e 2 contrações mantidas no tempo seguidas de completo relaxamento. Houve perceção das fases de contração e de relaxamento e associação a depressão do abdómen, o qual foi imediatamente corrigido, dando ênfase à realização das contrações, de acordo com os momentos respiratórios. Na avaliação da força dos MPP, obteve um grau II+ na escala de Oxford, sem que houvesse harmonia e qualidade na contração, especialmente ao nível da parede vaginal anterior, não conseguindo uma contração mantida ao longo do tempo, mas sim um conjunto de picos de força. Na perineometria foi auferido o valor de 10mmHg para ambas as formas de contração e na escala de *PERFECT* foi obtido um score de P=2, E=3, R=3, F=3 e ECT=11.

Posturalmente, a utente apresentava diminuição da cifose dorsal, ligeiro formato de peito de pombo, aumento da curvatura de transição da coluna lombar para a região sagrada, bacia em báscula anterior e grande proeminência abdominal. Pesava 80kg e media 1,51m, com um índice de massa corporal de 35,09.

Do ponto de vista funcional, os MPP encontravam-se debilitados, especialmente ao nível da resposta face a um aumento de esforço ou da pressão intra-abdominal e da manutenção de um tónus basal muscular, que permita o suporte dos órgãos pélvicos e um adequado encerramento do canal uretral durante o repouso. A utente apresentava assim bastantes limitações no seu quotidiano, afetando maioritariamente as grandes dimensões da vida, com compromisso pessoal, profissional, higiénico, desportivo e na interação social.

De uma forma geral, e dada a condicionante de ser um caso de avaliação sem *follow-up* garantido, os objetivos de tratamento foram traçados em conjunto e passavam por, principalmente, diminuir as perdas urinárias, facilitando a realização de tarefas do dia a dia e diminuindo a dependência de pensos de grande absorção. Assim, o plano de tratamento definido foi para execução autónoma da utente e baseou-se no ensino do treino dos MPP mais indicado e quais os seus benefícios, nomeadamente, ao nível do fortalecimento gradual do pavimento pélvico, para diminuição das perdas de urina e para diminuição da laxidão das paredes do canal vaginal, a fim de prevenir o aparecimento de prolapsos pélvicos. A utente ficou incumbida de treinar os MPP diariamente, tanto por contrações rápidas ou mantidas no tempo, de acordo com as capacidades avaliadas. Foram ensinadas estratégias de prevenção de perdas de urina face aos esforços ou aumentos de pressão intra-abdominal e relembrados alguns hábitos para manutenção de uma bexiga saudável. Foi ainda aconselhada a perda de peso associada à prática de atividade física e ao trabalho muscular abdominal, tendo atenção ao facto de um fortalecimento do pavimento pélvico anterior ao aumento da intensidade do exercício, por forma a criar a capacidade de resposta do períneo à pressão por impacto do exercício, e a procura de acompanhamento nutricional.

Foi feita a indicação que o ideal seria prosseguir o tratamento com acompanhamento da fisioterapia e que a utente poderia sempre recorrer ao SF. A utente não compareceu à sessão agendada para um mês depois e passados 2 meses após o 1º encontro, entrei em contacto com a utente na tentativa de remarcarmos uma sessão, o que não foi possível e ficou-se então a aguardar um possível agendamento de *follow-up*.

Os registos encontram-se em Apêndice II.

Terceiro caso clínico

O próximo registo clínico diz respeito a uma classe de reeducação postural e do pavimento pélvico (CRPPP). As utentes foram rebuscadas da lista de espera para tratamento e contactadas para admissão à frequência da classe. O intervalo de tempo de espera variava entre novembro de 2011 e agosto de 2012. Todas elas já tinham frequentado a classe de ensino e feito avaliações individuais,

pelo que tinham já conhecimento teórico acerca dos MPP e da etiologia da IU, bem como acerca do treino de fortalecimento dos MPP.

Formou-se um grupo de 5 utentes com média de idades de 42,2 (variando entre os 35 e os 48) e com presença de incontinência urinária de esforço, maioritariamente. Na avaliação inicial feita a cada uma, pretendeu-se caracterizar as perdas (situações, frequência, forma de perda); investigar quanto à presença de sintomas uroginecológicos (retenção ou urgência urinárias, noctúria ou enurese noturna) e de prolapsos pélvicos; realizar um exame físico, por meio de observação, palpação vaginal e perineometria e avaliar a perceção de qualidade de vida na IU. Foi também dado para preenchimento um diário miccional de 3 dias, para registar os parâmetros “quantidade de urina”, “perda de urina/razão”, “mudança de penso”, “líquidos ingeridos – quantidade e tipo de bebida”; um questionário de situações de perda de urina durante as atividades físicas e um questionário de perceção de qualidade de vida associada à incontinência urinária, o *King's Health Questionnaire* (KHQ), com os moldes dispostos em Anexo I, II e III, respetivamente. Todos eles foram preenchidos antes e depois da frequência da CRPPP, de acordo com o cronograma descrito em Anexo IV.

Os pontos-chave das avaliações individuais feitas vêm descritos na Tabela 1, apresentada em Apêndice III. Também os resultados dos diários miccionais e do KHQ são apresentados nas Tabelas 2 e 3, respetivamente, no mesmo apêndice. Foram feitas avaliações individuais extensivas, conforme a matriz de avaliação para os casos uroginecológicos (similar à apresentada nos casos clínicos atrás descritos).

Na avaliação subjetiva, as situações mais frequentes de perda de urina eram na resposta à tosse, ao espirro, ao riso, a andar ou a correr, avaliadas, na generalidade, como bastante frequentes. Desde a última intervenção da fisioterapia, as queixas tinham-se modificado, havendo parâmetros com melhorias (identificados como resposta aos ensinamentos transmitidos na classe de ensino já frequentada anteriormente) e outros com agravamento (identificados como a falta de compromisso para com um plano de treino dos MPP). Houve também utentes com queixa de IU de urgência e de perda ligeira de fezes e/ou de gases.

No exame físico, todas as utentes apresentaram, ao teste da tosse, manobra de valsalva com e sem associação a contração dos MPP, sem no entanto haver perda de urina, fezes ou de gases; valores de contração dos MPP, registados por perineometria, entre os 6 e os 15mmHg e, na escala de Oxford, graus entre II e III.

Do ponto de vista funcional, os MPP destas mulheres encontravam-se bastante fragilizados, com alterações nos parâmetros da quantidade e da qualidade das contrações e diminuição da coordenação entre o aumento da pressão intra-abdominal e o adequado encerramento do canal

uretral. Em algumas delas, havia também presença de alterações na função de esvaziamento vesical, levando a retenção urinária; na capacidade de suporte dos órgãos pélvicos; no tônus basal muscular em torno do esfíncter externo retal, com situações de perda de gases ou de fezes, e ainda na coordenação entre as fases de esvaziamento e de armazenamento vesicais, conduzidas pela inadequada funcionalidade do músculo detrusor ou do esfíncter externo do canal uretral, por aumento da sensibilidade vesical ou por incapacidade de controlo da ação vesical, com perdas de urina associadas a urgência urinária.

Para praticamente todas as utentes do grupo, as perdas obrigavam a um constante controlo do penso ou a idas frequentes à casa-de-banho, como estratégia receosa para evitar um caso de maior quantidade de urina perdida. Tais situações impunham restrições a nível pessoal e social, com comprometimento profissional e higiénico.

Os objetivos de tratamento propostos foram a diminuição das perdas de urina, de fezes e de gases e da sintomatologia urinária, por fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico, pela coordenação da ação dos MPP com os aumentos súbitos da pressão intra-abdominal e pela adoção de *coping skills* para prevenção de perdas, de modo a restaurar a funcionalidade, diminuir a dependência de pensos e proporcionar qualidade de vida. De um modo geral, esta forma de abordagem, para além dos objetivos estabelecidos, permite ainda a partilha de experiências entre as utentes e promove a motivação e a adesão ao plano de intervenção, sendo o treino autónomo, fora das classes, realizado de uma forma muito mais espontânea e comedida.

Por forma a seguir um plano de tratamento, no primeiro encontro em grupo, foram entregues os diários miccionais preenchidos pelas utentes e foi feita referência às estruturas corporais envolvidas no processo de continência, à adoção de um programa de intervenção comportamental e de estratégias preventivas, que visa a melhoria da coordenação entre as fases de armazenamento e esvaziamento vesicais, e ao treino da funcionalidade dos MPP e quais os seus benefícios, principalmente, ao nível do fortalecimento gradual do pavimento pélvico, para diminuição das perdas de urina, de gases e/ou de fezes e da laxidão das paredes do canal vaginal (a fim de prevenir o aparecimento de prolapsos pélvicos).

O plano de tratamento, pela abordagem em grupo, consistia na realização de exercícios de contração dos MPP (rápidas e mantidas no tempo) em diferentes posicionamentos alternadamente com exercícios de reeducação postural, que visam manter a integridade das articulações e promover o equilíbrio muscular, principalmente ao nível da coluna lombar, regiões abdominal e sacra e bacia. As utentes ficaram incumbidas de treinar os MPP diariamente, de acordo com as capacidades avaliadas e conforme as competências demonstradas pelo grupo, a dificuldade dos exercícios foi aumentando gradualmente.

A estrutura geral das classes encontra-se descrita em cronograma, na Tabela 5, em Anexo IV.

As classes decorreram semanalmente com a duração de 45 minutos a 1 hora, por um período de 6 semanas. Contabilizando as épocas de avaliação individual inicial e final (período durante o qual decorre trabalho autónomo das utentes), a classe completou 8 semanas de duração – 2 meses.

Todas as semanas eram feitas reavaliações orais, sendo colocadas questões às utentes sobre o seu dia a dia, a adesão ao plano de tratamento ou reconhecimento de melhorias. Era também sempre possível a colocação de perguntas e de dúvidas por parte das utentes.

Ao final dos tratamentos, por avaliação individual final e pelos *scores* auferidos pelos diários miccionais e pelo KHQ, foram alcançadas melhorias em praticamente todos os parâmetros avaliados, conforme descritas na Tabela 4 do Apêndice III. As perdas de urina foram bastante reduzidas, tanto em quantidade como em volume (modo de perda). Foi suprimida a incontinência ligeira de fezes da utente que dela sofria, ainda que permanecesse a incontinência de gases, embora bastante mais controlada.

Os objetivos traçados consideraram-se cumpridos e, por se tratar de uma classe, as utentes tiveram alta do SF com aconselhamento para continuação do treino autónomo, pelo menos, durante os 4 meses seguintes, estando o SF sempre disponível para acompanhamento posterior ou esclarecimento de dúvidas.

Os registos da classe encontram-se em Apêndice III.

Apresentação de três Critically Appraised Topic (CAT)

Uma das características-chave da prática da fisioterapia é a sua fundamentação na literatura e na melhor evidência científica disponível. Seguidamente, efetuei a análise de três artigos que considero justificarem a abordagem terapêutica cumprida e que, de uma forma geral, fundamentam qualquer um dos casos clínicos anteriormente descritos.

Apresentação do primeiro CAT

O primeiro artigo, “Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence” (Zanetti et al., 2007), teve como objetivo a comparação dos resultados do tratamento da IUE feminina por meio de exercícios de fortalecimento dos MPP, com ou sem o acompanhamento de um fisioterapeuta. A sua análise ajuda a converter a teoria em prática e a avaliar os resultados sobre as utentes, permitindo assim a compreensão dos efeitos das técnicas aplicadas em fisioterapia. Esta análise terá por base o guião criado pelo *Centre for Evidence Based Medicine* para os estudos experimentais (RCT).

What question did the study ask?

Patients – mulheres com incontinência urinária de esforço de acordo com o ICS;

Intervention – programa de exercícios realizado com supervisão de um fisioterapeuta, duas vezes por semana durante 45 minutos, associado a treino diário em casa, com a duração de 12 semanas;

Comparison – programa de exercícios realizado em casa sem supervisão de um fisioterapeuta, com frequência diárias, durante 12 semanas;

Outcome(s) – benefícios na sintomatologia de IUE e na qualidade de vida.

<p>1a. R- Was the assignment of patients to treatments randomised? This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Comment: A aleatorização foi feita através de um programa computadorizado.</p>
<p>1b. R- Were the groups similar at the start of the trial? This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Comment: Os dados demográficos e as características clínicas de ambos os grupos são apresentados numa tabela e é referido que são grupos homogêneos e que não existem diferenças significativas entre eles, sendo, deste modo, grupos similares.</p>
<p>2a. A – Aside from the allocated treatment, were groups treated equally? This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Comment: Em ambos os grupos foram medidos os seguintes parâmetros: qualidade de vida, através do <i>Incontinence Quality-of-Life Questionnaire</i> (nos domínios social, psicossocial, físico e funcional); diário miccional de sete dias; <i>padtest</i> de 1 hora e avaliação subjetiva, considerando a satisfação do tratamento. Estes parâmetros foram avaliados no início do estudo (antes do tratamento) e depois dele, ou seja, passadas 12 semanas. Um outro parâmetro a avaliar foi a força dos MPP das participantes. Este teste, por sua vez, foi realizado por um fisioterapeuta, por meio de palpação bidigital, uma vez por mês a ambos os grupos. Nestes encontros foram também postas questões acerca das dificuldades na realização dos exercícios e da sua evolução e as participantes foram encorajadas a continuar o seu tratamento. Os grupos receberam as mesmas instruções, o mesmo programa de exercício e foram avaliados de igual forma (sempre pelo mesmo fisioterapeuta) ainda que a diferença resida no facto de o grupo de controlo não ter qualquer acompanhamento na realização dos exercícios. Ainda assim, o grupo de controlo não recebeu nenhum tratamento adicional após o estudo.</p>
<p>2b. A – Were all patients who entered the trial accounted for? – and were they analysed in the groups to which they were randomised? This paper: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/> Comment: No estudo é descrito que inicialmente foram incluídas e analisadas 44 mulheres, mas não faz menção a <i>drop outs</i> ou casos perdidos.</p>
<p>3. M - Were measures objective or were the patients and clinicians kept “blind” to which treatment was being received? This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Comment: Relativamente aos parâmetros avaliados, tanto a qualidade de vida como o grau de satisfação do tratamento têm um carácter subjetivo (resposta dada pela perceção das participantes), ainda assim, e no caso da qualidade de vida, o questionário é construído por forma a tentar objetivar o mais possível todos os cenários prováveis. Também o diário miccional está sujeito ao erro humano nas medições efetuadas, mas é uma das formas mais eficazes de acompanhar o progresso das mulheres e menos invasivas. Todavia, penso que os métodos de avaliação utilizados são objetivos o suficiente para o propósito do estudo. Um dos pontos positivos é que é descrito que para qualquer dos grupos, o fisioterapeuta que</p>

acompanha e faz as avaliações mensais é sempre o mesmo, o que elimina o critério de subjetividade, mas impossibilita ser cego ao grupo de estudo. Por ser um estudo que envolve exercício, também as participantes sabem em que grupo estão inseridas e como tal também não estão cegas.

Relativamente à medição e discussão dos resultados, não há descrição sobre quem a elaborou e se estavam ou não envolvidas no desenvolvimento da intervenção.

What were the results?

1. How large was the treatment effect?

Neste artigo não foi possível identificar os dados necessários para avaliar a eficácia do tratamento proposto, segundo os objetivos do guião seguido. Todavia, os dados que são apresentados revelam resultados bastante positivos, havendo melhorias significativas em todos os domínios avaliados no grupo experimental após os 3 meses de estudo. Para a medição da qualidade de vida, o grupo de estudo apresentou melhorias na ordem de $p=0,0001$; no parâmetro de avaliação do *padtest* $p=0,0002$ e na avaliação das micções diárias $p<0,0001$. Mesmo no parâmetro de avaliação subjetiva quanto à satisfação do tratamento, os 69,7% do grupo experimental bateram os 23,8% do grupo de controlo. Refiro ainda que para o grupo de controlo também os parâmetros do *padtest* e das micções diárias apresentaram resultados positivos ($p=0,0475$ e $p=0,0396$, respetivamente), ainda assim estes resultados foram, em muito, inferiores aos obtidos no grupo de tratamento em estudo.

2. How precise was the estimate of the treatment effect?

Tendo por base os valores de p apresentados no artigo, podemos considerar que o tratamento aplicado (prática de exercícios sob supervisão) foi bastante eficaz e superior ao controlo (realização de exercícios sem supervisão).

Will the results help me in caring for my patient? (External Validity/Applicability)

Este artigo pretendeu avaliar as diferenças entre a prática de exercícios de fortalecimento dos MPP com e sem supervisão de um fisioterapeuta, confirmando que a sua realização é eficaz no tratamento da sintomatologia de IUE.

A utente retratada no segundo caso clínico, por opção própria, não quis prosseguir o tratamento com acompanhamento da fisioterapia. Por este artigo, podemos concluir que a probabilidade de sucesso do tratamento seria tanto melhor se realmente a utente fosse acompanhada, ainda que seguindo um tratamento no domicílio também se possam esperar melhorias.

O artigo encontra-se em Anexo VI.

Apresentação do segundo CAT

O segundo artigo, “Evidência científica baseada nos programas de treino dos músculos do pavimento pélvico” (Ferreira & Santos, 2011), trata-se de um artigo de revisão que teve como objetivo o levantamento de estudos experimentais ou *quasi* experimentais para determinação da eficácia dos exercícios dos MPP no tratamento da IUE feminina. Pela análise deste artigo conseguimos compreender os mecanismos de atuação de algumas das técnicas aplicadas normalmente pela fisioterapia e, de certa forma, irá ajudar na capacidade de formulação do melhor plano de intervenção possível.

A análise do artigo terá por base o guião criado pelo *Centre for Evidence Based Medicine* para as revisões sistemáticas.

What question (PICO) did the systematic review address?

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment: O artigo em análise pretende fazer o levantamento da literatura publicada entre 1999 e

2009, de modo a tentar determinar a eficácia dos EMPP, isoladamente ou combinados com outras técnicas, no tratamento da IUE feminina.
<p>F - Is it unlikely that important, relevant studies were missed?</p> <p>This paper: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment: Apesar da pesquisa da literatura ter sido feita em bases de dados bastante credíveis e terem sido procurados artigos não publicados em motores de busca abertos, a pesquisa foi limitada a artigos descritos na língua inglesa de 1999 a 2009 e a artigos com níveis de evidência II, III e IV (de acordo com o <i>National Health and Medical Research Council</i>).</p>
<p>A - Were the criteria used to select articles for inclusion appropriate?</p> <p>This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment: Na revisão em análise foram aplicados os fatores de exclusão que pudessem comprometer os dados a avaliar, ou seja, artigos que incluíssem estudos sobre outras etiologia e formas de incontinência urinária ou artigos com populações específicas. Todos os artigos incluídos tinham obrigatoriamente um grupo de controlo, seja por não terem tratamento, por placebo ou uma forma de tratamento usual.</p>
<p>A - Were the included studies sufficiently valid for the type of question asked?</p> <p>This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment: Na revisão é feita uma tabulação dos artigos incluídos com a sumarização do seu nível de evidência, número da amostra, intervenção e as várias formas de diagnóstico.</p>
<p>T - Were the results similar from study to study?</p> <p>This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment: Apesar da ótima caracterização dos estudos incluídos, por meio da apresentação sob a forma de tabelas, que permite relacionar e sintetizar os vários protocolos utilizados, os seus resultados não estão presentes. Entende-se, no entanto, que existe inicialmente uma elevada heterogeneidade entre os estudos em relação à idade e ao estado hormonal e aos vários protocolos realizados.</p> <p>Ainda assim, pela descrição feita, os resultados, de uma forma geral, apresentaram taxas de cura ou de melhoria significativas, que variam consoante as técnicas e os protocolos utilizados.</p>
What were the results?
<p>How are the results presented?</p> <p>Os resultados foram descritos pelos autores, não tendo sido apresentada nenhuma forma de comparação entre os vários estudos, mas pôde-se concluir que há uma forte evidência na eficácia do tratamento da IUE por EMPP isoladamente ou combinados com <i>biofeedback</i> ou estimulação elétrica, apresentando resultados estatisticamente significativos com elevadas taxas de cura ou de melhoria. Para os estudos com EMPP associados à utilização de cones vaginais, os resultados foram inconclusivos pela escassez de estudos.</p> <p>Todavia, os protocolos de tratamento dos vários estudos incluídos eram bastante heterogêneos, o que não permitiu que pudessem ser identificados os parâmetros que possam ajudar na definição de um protocolo específico e que melhor contribua para o treino dos MPP em mulheres com IUE.</p> <p>Os autores sugeriram que, ao contrário da recomendação da <i>International Continence Society</i> que define que a duração dos protocolos de tratamento tenha a duração de 4 a 6 meses, um protocolo com 3 meses de duração pode igualmente apresentar bons resultados, com a diminuição da sintomatologia de IUE e ganho de força dos MPP, e que os parâmetros dos protocolos aplicados devem variar consoante as diferenças individuais.</p>

O artigo encontra-se em Anexo VII.

Apresentação do terceiro CAT

O terceiro artigo, “The effect of behavioral therapy on Urinary Incontinence: A randomized controlled trial.” (Subak, Quesenberry, Posner, Cattolica & Soghikian, 2002), tem como objetivo avaliar a eficácia de um programa comportamental de baixa-intensidade. Pela sua análise podemos depreender que existem várias abordagens de tratamento da IU e que a aplicação de um programa

comportamental é uma das menos invasivas e com bons e rápidos resultados. Esta análise terá por base o guião criado pelo *Centre for Evidence Based Medicine* para os estudos experimentais (RCT).

What question did the study ask?

Patients – mulheres com mais de 55 anos com incontinência urinária;

Intervention – programa comportamental, de 6 semanas de duração, com sessões de grupo acompanhadas por uma enfermeira, semanalmente durante 20 minutos (a primeira sessão com 45 minutos), com abordagem ao treino vesical, preenchimento de diários miccionais e treino dos MPP;

Comparison – preenchimento de diários miccionais de 7 dias, durante 6 semanas;

Outcome(s) – benefícios na sintomatologia de IU e na regularização vesical.

1a. R- Was the assignment of patients to treatments randomised?

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment: A aleatorização foi feita através de uma tabela de números aleatórios selada em envelopes. Este é considerado um dos métodos mais simples de aleatorização, que ainda assim, para este estudo poderia ter sido mais complexo.

1b. R- Were the groups similar at the start of the trial?

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment: Os dados demográficos e as características clínicas de ambos os grupos são apresentados numa tabela e é referido que não existem diferenças significativas entre eles e que são grupos similares, contando ou não com os casos de *drop out*.

2a. A – Aside from the allocated treatment, were groups treated equally?

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment: Para todas as mulheres foi feita a avaliação de um diário miccional de 7 dias standardizado onde eram descritas as micções diárias e noturnas e os episódios de incontinência. Foram igualmente avaliadas sempre pelo mesmo investigador sénior, para recolha de dados sociodemográficos e historial médico. Em nenhum dos grupos foi feita avaliação pélvica ou medição do volume de urina residual pós-miccional. O tipo de incontinência foi definido como de esforço, urgência ou misto, consoante a descrição sintomática feita pelas participantes e de acordo com os critérios de diagnóstico padronizados. O diário miccional foi o instrumento utilizado para a avaliação antes e depois do tratamento (*baseline* e 6 semanas depois).

O grupo de controlo, que apenas completou diários miccionais durante o tempo de estudo, foi depois instruído a iniciar o protocolo do grupo de tratamento.

Depois do período de 6 semanas, os 2 grupos foram novamente avaliados passados 6 meses, por meio de um diário miccional de 7 dias e foi-lhes colocada a questão se o programa de tratamento comportamental tinha ajudado as participantes a “lidar” com o seu problema de IU, por meio de uma escala qualitativa nominal, com as categorias *nada mesmo, um pouco, moderadamente* ou *mesmo muito*.

Considero assim, que não houve diferenças na forma como os elementos dos grupos foram tratados, não sendo negado ao grupo de controlo um tratamento dito eficaz.

2b. A – Were all patients who entered the trial accounted for? – and were they analysed in the groups to which they were randomised?

This paper: Yes ☐ No ☒ Unclear ☐

Comment: No estudo foram incluídas 152 mulheres. Do grupo de tratamento (n=77), 11 casos foram perdidos ou *drop outs*. Do grupo de controlo (n=75), foram perdidos ou *drop outs*, 18 mulheres. Estes casos, como aconteceram antes do cumprimento das 6 semanas de recolha de dados para estudo, não foram incluídos nas análises finais.

3. M - Were measures objective or were the patients and clinicians kept “blind” to which treatment was being received?

<p>This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment: O diário miccional, mesmo sujeito ao erro humano, é uma das formas mais eficazes no acompanhamento do progresso das mulheres e das menos invasivas, considerando-o um método de avaliação objetivo e suficiente para o propósito do estudo.</p> <p>Ainda assim, no estudo é referido que nem as participantes nem os clínicos são cegos à colocação nos grupos, mas que os analistas estatísticos o são.</p>
<p>What were the results?</p> <p>1. How large was the treatment effect?</p> <p>Neste artigo não foi possível identificar os dados necessários para avaliar a eficácia do tratamento proposto, segundo os objetivos do guião seguido. Ainda assim, houve cuidado inicial por parte dos autores em estimar o tamanho da amostra com 90% de poder, para detetar um efeito de 50% (redução nos episódios de incontinência de aproximadamente 70% no grupo de estudo, comparados com 20% no grupo de controlo).</p> <p>Os dados que são apresentados revelam resultados bastante positivos, havendo melhorias significativas nos domínios avaliados no grupo experimental após as 6 semanas de estudo, havendo uma redução de 50% no número médio de episódios de incontinência, contra 15% no grupo de controlo ($p=0,001$) e uma melhoria da frequência diurna e total de incontinência ($p=0,001$), mas sem diferenças ao nível das frequências noturnas miccionais e de incontinência. Para o grupo de controlo, após completar o protocolo de estudo, houve uma ligeira diminuição nos episódios de incontinência semanais ($p=0,03$).</p> <p>Considerando os resultados dos 2 grupos após o programa comportamental, houve uma redução de 40% no valor médio semanal de episódios de incontinência ($p=0,001$), o qual se manteve após 6 meses do estudo ($p=0,004$). Após o estudo, 30 mulheres (31%) estavam curadas a 100% (secas), 40 (41%) estavam pelo menos 75% melhores, 50 (52%) estavam pelo menos 50% melhores, 63 (65%) estavam pelo menos 25% melhores e 27 (28%) não tiveram nenhuma melhoria ou tinham uma frequência de episódios de incontinência pior. De semana a semana, os resultados foram consecutivamente melhores, havendo um decréscimo estatisticamente significativo no número semanal de episódios de incontinência após 4 semanas de estudo ($p=0,001$).</p> <p>2. How precise was the estimate of the treatment effect?</p> <p>Tendo por base os valores de p apresentados no artigo, podemos considerar que o tratamento aplicado foi bastante eficaz, especialmente ao nível da diminuição do número de episódios de incontinência, e superior ao controlo.</p> <p>Will the results help me in caring for my patient? (External Validity/Applicability)</p> <p>Este artigo pretendeu avaliar a eficácia de um programa comportamental de baixa-intensidade, confirmando que a sua aplicação é eficaz no tratamento da sintomatologia de IU e que deveria ser considerada a primeira linha de tratamento. Ainda que em mulheres incontinentes com mais de 55 anos, estes resultados são facilmente transponíveis a massas populacionais mais jovens, por ser um tratamento de muito baixo risco, facilmente concretizado e com rápidos resultados.</p> <p>Apesar de neste estudo a intervenção ter sido aplicada por profissionais da classe de enfermagem, é um tratamento que entra claramente na área de atuação do fisioterapeuta.</p>

O artigo encontra-se em Anexo VIII.

Análise crítica da intervenção no local em função da melhor evidência disponível

A área da fisioterapia na Saúde da Mulher subdivide-se em várias vertentes e, como referido anteriormente, na MAC, o Serviço de Fisioterapia presta cuidados de saúde em várias delas. Pela sua especificidade e complexidade, são vertentes que comprometem o conhecimento e a prática

profissional. A área da Uroginecologia, como já mencionado, foi naquela onde maioritariamente intervim e pude explorar com maior atenção e dedicação. A intervenção feita pelo fisioterapeuta nesta área passa pela educação para a saúde para prevenção de DU e pela reabilitação de condições uroginecológicas que possam já estar presentes.

Como já apresentado, o SF desenvolve classes de ensino, maioritariamente para puérperas, e classes de exercícios de reeducação ou acompanhamento individual para as mulheres que apresentam incontinência urinária e/ou prolapsos pélvicos. Por serem formas de atuação bastantes distintas, irei analisar separadamente cada uma delas.

Num estudo de comparação prospetiva de Bø e Mørkved (1997), estudou-se o efeito de um programa de treino de fortalecimento dos MPP como prevenção e tratamento de incontinência urinária, em puérperas com 8 semanas de pós-parto. Foram estudados 99 pares de puérperas (n=198). O grupo de controlo seguiu as instruções escritas para o puerpério disponibilizadas pelo hospital (encorajavam o treino dos MPP diariamente) e o grupo de estudo realizou um programa intensivo de treino dos MPP durante 8 semanas dirigido por um fisioterapeuta. A todas as mulheres foi garantido o ensino individual da anatomia do pavimento pélvico e como contraí-lo corretamente, com *feedback* garantido pelo fisioterapeuta. No grupo de estudo foi aplicada uma classe de treino dos MPP ministrada por um fisioterapeuta em grupos de 5 a 10 participantes, 45 minutos uma vez por semana, durante 8 semanas. Para este grupo, foi também pedido que treinassem em casa, pelo menos, 3 vezes por semana, 8 a 12 contrações máximas dos MPP, duas vezes por dia. Em cada contração, era exigido pelo fisioterapeuta que as participantes contraíssem os MPP com a maior força possível e durante 6 a 8 segundos e, no final de cada contração, foram adicionadas 3 a 4 contrações rápidas dos MPP.

A força muscular do pavimento pélvico foi medida na 8ª semana de pós-parto (início do estudo) e na 16ª semana (após a aplicação do estudo), por meio de um cateter de balão vaginal conectado a um manómetro. Foi também avaliada a capacidade de contrair corretamente o pavimento pélvico através de observação e palpação vaginal. As perdas de urina foram avaliadas por entrevista, instrumentos específicos de avaliação de perceção da IUE e por um *padtest standart*. No início do estudo não havia diferenças significativas no número de mulheres com IU entre o grupo de tratamento e o grupo de controlo. Após as 8 semanas da implementação do programa, houve uma diferença significativa a favor do grupo de tratamento ($P<0,01$). Houve também uma melhoria ainda mais significativa nos valores de força dos MPP entre o teste 1 e o teste 2 no grupo de tratamento. Os resultados mostraram que um programa de treino dos MPP, desenhado especialmente para o período de puerpério, é eficaz no aumento de força dos MPP e na redução da IU no pós-parto imediato.

Por sua vez, num *follow-up* do estudo antecedente de Bø e Mørkved (2000), com as mulheres que aceitaram participar (81 pares de puérperas; $n=162$), concluiu-se que houve significativamente mais mulheres do grupo de controlo do que do grupo de tratamento anteriores que apresentavam IUE e/ou perdas de urina no *padtest* ($P<0,01$). Também o aumento da força dos MPP foi significativamente maior ($P<0,01$), no período entre a 16ª semana e um ano de pós-parto, no grupo de tratamento (média de 4,4 cmH₂O) do que no grupo de controlo (média de 1,7 cmH₂O). Ficou assim demonstrado que os efeitos de um programa de treino dos MPP para prevenção e tratamento de IU estão ainda presentes um ano após a sua iniciação.

Nas guidelines desenvolvidas por Fritel et al. (2010) é descrito que um programa de reabilitação perineal pós-parto que inclua o treino dos MPP, sob as indicações de um fisioterapeuta, reduz a prevalência de IU a curto-prazo (1 ano pós-parto) comparativamente com conselhos básicos acerca dos exercícios de contrações do pavimento pélvico e que a reabilitação perineal por meio do treino dos MPP deverá ser o tratamento de primeira intenção para a IU pré e pós-natal. Com os resultados descritos na imensa literatura, retira-se que a atuação do fisioterapeuta nessa fase de puerpério é crucial na prevenção e/ou tratamento de DU, nomeadamente da IU.

Relativamente à abordagem educacional nas puérperas, o objetivo principal do SF será o de, a longo-prazo, promover a diminuição da prevalência e da incidência de DU, como consequência direta da promoção do conhecimento nas mulheres.

Mesmo após experienciarem partos traumáticos, muitas das puérperas não apresentam sintomatologia uroginecológica no momento em que são questionadas (mais ou menos 1 a 2 meses pós-parto), no entanto, sabe-se que a gravidez e o parto vaginal são grandes fatores de risco para as DU e que, mais tarde, essa sintomatologia poderá ser uma realidade. Ainda assim, existe imensa literatura que suporta a teoria que o ensino e o treino para o fortalecimento dos MPP, bem como a aplicação de um programa de estratégias comportamentais, nesta fase, poderão melhorar a prevalência de IU a curto e médio-longo prazo. Também a iniciação ao treino dos MPP, ainda durante a gravidez, parece melhorar a prevalência de IU. (Bø & Mørkved, 2000)

No SF, pretende-se que a frequência das classes de ensino seja no período entre 1 a 2 meses pós-parto e, mesmo com uma equipa de apenas 3 profissionais, tenta-se que todas as mulheres que frequentam as classes de ensino tenham também uma sessão individual para avaliação e observação do períneo, por forma a garantir a correta aprendizagem e estimular a adesão ao treino destes músculos, para sua continuidade no domicílio. Ainda assim, estas classes apenas estão disponíveis para uma ínfima quantidade de mulheres, devendo ter um carácter de obrigatoriedade não só para as mulheres com partos traumáticos, como também de extensibilidade a todas as utentes dos serviços da MAC, nas suas mais variadas faixas etárias.

Também nas classes de preparação para o nascimento, as grávidas são convidadas a conhecer mais sobre o pavimento pélvico e as mudanças no pós-parto, nomeadamente o risco de desenvolver DU. É, então, feita uma breve introdução ao treino dos MPP como estratégia preventiva, em que as grávidas são incentivadas a exercitarem-se diariamente durante as suas atividades do dia a dia.

Como forma de estimular a adesão ao treino dos MPP e, como meio para divulgação da temática das DU, são disponibilizadas, ainda que a apenas às utentes que frequentam as classes de ensino, brochuras resumindo o conteúdo partilhado, conforme apresentado em Anexo VIII.

De uma forma geral, a reabilitação das mulheres com IU, no SF da MAC, passa pelo acompanhamento individual e/ou pela sua participação em CRPPP, nos quais, por norma, o principal objetivo da intervenção é o ensino e a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

Alewijnse et al. (2002) descrevem a importância do treino dos MPP para a sua integração automática nas atividades do dia a dia e que a manutenção de uma postura correta e a harmonia na respiração abdomino-diafragmática promovem a funcionalidade dos MPP, bem como uma melhor resposta às alterações de pressão a nível intra-abdominal.

As guidelines existentes, alusivas ao diagnóstico e tratamento da IU, têm por base um mesmo raciocínio clínico e consideram a fisioterapia um dos tratamentos de primeira linha na IU, em que grande parte das suas práticas não apresenta quaisquer efeitos secundários. Conforme a sintomatologia apresentada (IUE, IUM ou IUU) o plano de tratamento conservador deverá basear-se na intervenção no estilo de vida, visando a adoção de estratégias comportamentais; no treino dos MPP, associado ou não a *biofeedback*; no treino vesical, associado ou não a diários miccionais ou na utilização de estratégias como a estimulação elétrica ou os cones vaginais. Para casos de IUM ou IUU, o tratamento farmacológico com antimuscaríneos deverá ser coadjuvante ao tratamento conservador ou cirúrgico. As opções de tratamento devem sempre ser discutidas com a utente e após feita a avaliação geral do seu estado de saúde, da perceção de qualidade de vida e dos motivos de tratamento, dever-se-á desenvolver um plano de tratamento individualizado que considere todos os fatores pessoais e ambientais que a envolvem. (Schröder et al., 2009; NICE, 2006)

No artigo de revisão de Ferreira e Santos (2011), que aborda os programas de treino dos MPP recriados pelos 19 estudos incluídos na pesquisa, conclui-se que existe uma forte eficácia na reeducação do pavimento pélvico no tratamento da IUE feminina. Ainda assim, os protocolos de treino dos MPP e a sua duração não se encontram ainda standardizados. Sabe-se, no entanto, que estes se baseiam nos princípios da fisiologia do exercício do músculo-esquelético: 3 séries de 8 a 12 contrações sub-máximas, de baixa velocidade, mantidas entre 6 a 8 segundos, com frequência semanal de 2 a 4 dias e duração superior a 5 meses. Os estudos descreviam diferentes tipos de

exercícios para o treino de força muscular e de aperfeiçoamento ou aprendizagem motora, por meio de contrações voluntárias repetidas dos MPP, supervisionadas ou não por um profissional de saúde, isolada ou combinadamente com tratamentos de *biofeedback*, estimulação elétrica e cones vaginais. No artigo concluiu-se que os exercícios dos MPP mostram resultados eficazes com duração superior a 6 semanas, em treino em grupo ou individual e com supervisão do fisioterapeuta. Cita, ainda, a recomendação da *International Continence Society* para protocolos de duração entre 4 a 6 meses, ainda que os estudos analisados demonstrem bons resultados (diminuição dos sintomas de IU e ganho de força dos MPP) com programas de 3 meses.

Por falta de recursos espaciais na MAC, as CRPPP não podem ter mais de 8 participantes e o protocolo de treino dos MPP vai de encontro à literatura existente, podendo haver apenas ligeiras alterações, consoante as diferenças individuais dos grupos formados (idade, severidade de IU, história clínica anterior, prolapsos). Também a duração das classes é influenciada pelos recursos humanos do SF, uma vez que para fazer face quer à lista de espera, quer a novos casos, as classes, que outrora duravam 3 meses, agora restringem-se a 4 ou 6 semanas de duração, sendo menos suscetível a total recuperação das utentes ainda em fase de acompanhamento. Como tal, é dada uma grande importância à preparação das utentes e à sua adesão a um treino autónomo no domicílio. Por haver lugar à partilha de experiências e conhecimentos, a uma maior motivação entre as participantes de uma classe e a um maior dinamismo na relação utente-fisioterapeuta, são auferidos bons resultados com a realização das CRPPP. No entanto, consoante o historial clínico e personalidade das utentes, muitas vezes a intervenção consiste apenas no acompanhamento de uma forma individual. Este, por sua vez, irá depender diretamente da sintomatologia apresentada pela utente.

Segundo um estudo de Alewijnse et al. (2002), o treino dos MPP para casos de IUE deverá focar-se na integração automática e subconsciente do uso dos MPP durante o seu quotidiano, nas várias posturas diárias e nos movimentos-padrão, seguida pelo ensino de estratégias de prevenção de perdas – técnica de *knack*. Já para a IUU ou IUM, a intervenção deverá tratar a sintomatologia mais incapacitante e focar-se no treino vesical, visando uma frequência miccional normal de aproximadamente 7 micções diárias. Também o treino dos MPP tem a sua importância e deverá ser acompanhado da utilização da técnica de *knack*, mas para situações de inibição do músculo detrusor. Assim, a intervenção passa não só pela aplicação de um programa de treino, como também pelo ensino de um programa comportamental, que vise a alteração de atitudes e de estilos de vida.

Ainda no mesmo estudo, os autores descrevem que, de uma forma geral, a literatura retrata valores acima de 70% da população curada ou melhorada após a fisioterapia, mas que esses valores, em *follow-up*, diminuem conforme a adesão à intervenção diminui também.

Num estudo de Lagro-Janssen e Van Weel (1998), 62% das mulheres reportaram uma boa adesão ao treino dos MPP, 3 meses após o tratamento, valor que diminuiu para 51% após 1 ano e para 39% após 5 anos de *follow-up*, enquanto a sintomatologia de incontinência reapareceu ou aumentou significativamente. Chen et al. (1999, citados por Alewijnse et al., 2002), num estudo de 2 anos de *follow-up*, concluíram que a diminuição das taxas de sucesso de continência foi maior nos grupos com fraca ou moderada adesão ao treino dos MPP que nos grupos com boa adesão. Bø e Talseth (1996) concluíram que as mulheres que exercitassem os MPP três ou mais vezes por semana tinham significativamente menos sintomas que aquelas que o fizessem menos frequentemente, cinco anos após um programa de treino dos MPP organizado.

Segundo uma revisão de Viktrup, Summers e Dennett (2005), no tratamento conservador deverá constar terapêutica a nível comportamental e dos estilos de vida, da fisioterapia, do treino vesical e do uso de dispositivos vaginais ou uretrais.

De uma forma geral, por a reabilitação do pavimento pélvico seguir as normas fisiológicas de hipertrofia muscular e, por tal ser um processo lento, no acompanhamento individual pelo fisioterapeuta (semanal ou bissemanal) subsiste a grande preocupação da continuidade do tratamento no domicílio e mesmo após a intervenção.

Casos de utentes com prolapsos podem igualmente ser acompanhados em classe ou individualmente. Para estes casos também o treino dos MPP é crucial, assim como o cumprimento de certos aspetos comportamentais, tais como a técnica de *knack*, o uso de estratégias para diminuição da pressão intra-abdominal, a manutenção de um adequado peso corporal e de bons hábitos alimentares e intestinais, a adoção de mecanismos posturais de defesa ao carregar pesos e o evitar exercícios físicos de grande impacto. (Hagen, Stark, Glazener, Sinclair & Ramsay, 2009).

Para além das intervenções já expostas, o fisioterapeuta pode também fazer uso de aparelhos de eletroterapia, nomeadamente o *biofeedback* ou a estimulação elétrica (excitatória ou inibidora). Viktrup, Summers e Dennett (2005), descrevem que o uso de *biofeedback* parece não ter qualquer influência na eficácia do tratamento da IU, aquando da sua associação ao treino dos MPP. Por sua vez, no artigo de Ferreira e Santos (2011), analisado anteriormente, os autores descrevem uma grande eficácia no tratamento da IUE por EMPP, isoladamente ou combinados com *biofeedback* ou estimulação elétrica, especialmente em populações com mais idade.

Existe ainda literatura que defende que a electroestimulação deveria apenas ser utilizada em casos em que a contração dos MPP é inexistente ou deveras fraca, como forma de criar estimulação muscular excitatória, ou ainda em casos de inibição da ação do detrusor.

O fortalecimento dos MPP pode ainda ser conseguido através do uso de pessários ou cones vaginais, que são dispositivos que são introduzidos no canal vaginal e que ajudam a suportar os

prolapsos pélvicos ou a fazer peso para criar a resposta de contração muscular. Relativamente a estes dispositivos, a literatura desaconselha como método exclusivo de tratamento e, apesar de terem uma eficácia relativa, é melhor que não haver tratamento (Castro et al., 2008). No entanto, esta estratégia de intervenção, pela sua baixa eficácia, não é corrente no Serviço de Fisioterapia.

1.4. Projeto de implementação de melhoria do local de prática

Na área da Saúde da Mulher, e mais especificamente da Uroginecologia, vários têm sido os estudos acerca da etiologia, fisiopatologia ou tratamento de disfunções uroginecológicas. Um dos assuntos debatidos é também quais os fatores de risco para o desenvolvimento de IU.

A incontinência, seja de que tipo for, tem uma influência substancial na qualidade de vida e nas atividades do quotidiano do indivíduo. Assim, vários autores tentam identificar os fatores e estilos de vida causalmente a si associados, por forma a desenvolver estratégias comportamentais que possam prevenir e possivelmente tratar a incontinência.

Num estudo prospetivo de Townsend et al. (2007), em que o objetivo era relacionar o índice de massa corporal (IMC), o aumento de peso e situações de IU em mulheres de meia-idade, concluiu-se que quanto maior o IMC, maiores serão as probabilidades de desenvolver IU e que, igualmente, o ganho de peso nas mulheres adultas pode levar a um aumento de probabilidade de IU no futuro, sendo então estas duas condicionantes consideradas grandes fatores de risco independentes para o desenvolvimento de um quadro clínico de IU de qualquer tipo. Nygaard et al. (2005, citados por Townsend et al., 2007) referem que também a IU pode levar a um aumento do IMC, se as mulheres incontinentes colaborarem com a sua sintomatologia ao evitarem a prática de atividades físicas e deste modo ganharem peso. Também uma dieta pobre em fibras, a obstipação crónica ou o esforço intestinal parecem ser fatores de risco para o desenvolvimento ou o agravamento de episódios de incontinência, uma vez que podem provocar alterações na função neurológica do pavimento pélvico (Dallosso, McGrother, Matthews, Donaldson e Leicestershire MRC Incontinence Study Group, 2003). Não sendo, ainda assim, fatores de risco primários, a adoção de comportamentos que visem a diminuição ou a manutenção do IMC, bem como a regularidade intestinal e bons hábitos alimentares, poderia ajudar na diminuição da probabilidade da ocorrência de IU, atuando como um ponto estratégico para o controlo e/ou a prevenção da IU.

Apesar de serem condições já referidas pela equipa de fisioterapeutas do SF, aquando da abordagem de ensino às utentes, a proposta de melhoria a lançar seria a adoção de um protocolo de maior interligação entre os serviços de fisioterapia e o de nutrição, por forma a referenciar utentes

de maior risco (com hábitos intestinais irregulares ou IMC moderado a elevado) com o objetivo de valorizar e diferenciar os conhecimentos adquiridos nas classes de ensino.

A interação entre várias especialidades integrantes numa equipa multidisciplinar poderá ainda ser benéfica no desenvolver do tratamento, uma vez que poderão existir vários fatores agravantes no processo, como por exemplo excesso de peso ou alterações emocionais e/ou psicológicas, que cabe ao fisioterapeuta, como um dos profissionais com interação mais abrangente e com maior contacto, saber identificar e encaminhar a utente, potenciando a eficácia da intervenção.

Também a prática de atividade física deve ser valorizada e, deste modo, um dos pontos de melhoria da intervenção deveria centrar-se na possibilidade de criação de mais classes de reeducação postural e do pavimento pélvico. O objetivo seria a melhoria das condições das classes já realizadas, com a diminuição do número de utentes por classe e maior disponibilidade para aspetos mais individualizados, bem como a iniciação a uma prática mais ativa e a um estilo de vida mais saudável por parte das utentes, uma vez que por si só as classes não garantem a perda de peso.

Juntamente com a obesidade, também o parto vaginal e a gravidez (ou um outra condição que comprometa um aumento da pressão intra-abdominal sobre a região pélvica) são grandes fatores de risco para a IU e para o desenvolvimento de prolapsos de órgãos pélvicos (POP).

Bø, Talseth e Holme (1999) descreveram que os fatores de risco para a IUE são a fraqueza inerente aos tecidos conectivos do pavimento pélvico, história de parto vaginal, obesidade, trabalho intenso ou esforçado e a idade avançada. Num estudo de Sigurdardottir, Steingrinsdottir, Arnason e Bø (2011), com o objetivo de analisar as diferenças na força e *endurance* dos MPP, antes e depois do primeiro parto, a gravidez e o parto vaginal foram considerados os principais fatores de risco no enfraquecimento dos MPP e no desenvolvimento de IUE e de POP em mulheres jovens, uma vez que podem ocorrer traumas nas fâscias, ligamentos, músculos e nervos periféricos que, interligadamente, suportam os órgãos pélvicos e controlam o mecanismo de continência. Holroyd-Leduc e Straus (2004), por sua vez, concluíram que há maior probabilidade de desenvolver IU aquando de um parto distócico (com ajuda de fórceps ou ventosa) em relação a um parto eutócico.

Deste modo, as classes de ensino que o SF proporciona às puérperas com partos mais traumáticos justificam a sua pertinência. A minha proposta de melhoria deste aspeto seria que as classes pudessem acolher todas as parturientes da MAC. Por sua vez, a prestação destas classes deveria melhorar, oferecendo melhores condições e maior suporte no acompanhamento das participantes, com classes intervaladas e não apenas em regime inicial e final com uma distanciação de 3 meses. Contudo, para que tal fosse exequível, seriam necessários mais recursos humanos e espaciais, no sentido de conseguir responder a toda a população e não descartar a presença de um fisioterapeuta noutras vertentes de apoio. A contratação de profissionais especializados deveria ser

entendida como um dever institucional, de modo a garantir uma maior oferta e disponibilidade na prestação de cuidados de saúde públicos ao nível da saúde da mulher, uma vez que não existe igual serviço a nível nacional.

Um outro ponto a melhorar, e também já referido em contexto anterior, é o facto de o aparelho de *biofeedback* estar avariado. Embora exista literatura que suporte tanto o benefício do seu uso, como a sua ineficiência em potenciar significativamente as terapêuticas utilizadas, no SF o *biofeedback* é encarado como um grande instrumento de apoio e complementaridade ao tratamento, visto ser uma ótima ferramenta de ensino e que propicia o aumento da motivação e da adesão das utentes ao seu tratamento, tornando-o, de certa forma, mais lúdico e interativo.

No âmbito do meu estágio, e no que se refere ao desenvolvimento de projetos de aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde do SF, tive a oportunidade de acompanhar e colaborar na evolução de alguns deles. Assim, para efeitos de melhoria dos serviços prestados, e ainda que não haja literatura de suporte, vários membros da classe médica, de enfermagem e fisioterapeutas da MAC desenvolveram um projeto que pretende ser uma forma de apoio complementar às utentes dos vários serviços da maternidade. Foram então feitas reuniões e pesquisas de campo com profissionais da área da sexualidade, com vista à procura de materiais do âmbito sexual que pudessem ser utilizados num contexto clínico. Foi um projeto no qual participei e pus, ainda que de uma forma bastante breve, inicial e crua, em prática nas classes de ensino, fazendo o aconselhamento às utentes. Pretendia-se assim que esses materiais pudessem ter um uso terapêutico, fazendo frente aos dispositivos médicos utilizados, como os cones vaginais ou dildos para dilatação do canal vaginal (para casos pós-radioterapia), os quais estão disponíveis no mercado com custos elevados e por vezes com baixa capacidade de manuseamento e eficácia. Assim, “brinquedos” como dilatadores do canal vaginal (com uma série de diâmetros e comprimentos progressivos), bolas chinesas, cremes lubrificantes ou até mesmo dispositivos de encaminhamento de urina, foram produtos considerados úteis e indicados para tratamento, ou seu complemento, em diversas condições.

Também no âmbito de melhorias da prestação de serviços, e porque não existe nenhum documento de instruções disponibilizado pela MAC, aquando da alta hospitalar pós-parto, as mulheres, que beneficiam e frequentam as classes de ensino, têm acesso a brochuras desenvolvidas pelo SF, como forma expositiva e resumida dos ensinamentos partilhados, que podem, mais tarde, partilhar por lhes ser entregue também em formato digital. Encontra-se indexado ao Anexo VIII um exemplo dessas brochuras. Por ser uma maternidade de referência e por estar aberta a uma imensa multiculturalidade, as brochuras têm sido desenvolvidas em várias línguas, devido à insuficiente

compreensão da língua portuguesa e, por forma, a ajudar as puérperas de outras nacionalidades que são reencaminhadas para essas classes.

A incontinência urinária, ou qualquer outra disfunção uroginecológica, é ainda encarada com negligência. A literatura retrata uma sociedade com, ainda, uma baixa percentagem de mulheres com IU que procuram autonomamente ajuda. Deste modo, outro ponto de melhoria para o SF, que deixo para consideração, é a criação e o estabelecimento de parcerias entre a MAC e outras instituições que permitam uma maior abrangência populacional, fazendo palestras e/ou workshops, possibilitando à população (não só feminina) o acesso a um maior conhecimento sobre estas condições e aquilo que efetivamente podem fazer ao procurar ajuda ou tratamento.

1.5. Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal

Análise SWOT pessoal

Passo a expor a análise SWOT a nível pessoal e profissional, conforme apresentado no quadro 2, abaixo.

Ambiente Interno	Ambiente externo
Pontos fortes <ul style="list-style-type: none"> - Formação superior. - Grande interesse na área da saúde da mulher. - Frequência do Mestrado em Fisioterapia, ramo de especialização em Saúde da Mulher. - Competências em fisioterapia na área da saúde da mulher. - Realização de estágios nas várias áreas da fisioterapia. - Interesse pela prática baseada na evidência. - Forte vontade e entusiasmo pela formação contínua e sentido de responsabilidade e dever - Facilidade na língua inglesa, espanhola e italiana para a leitura de livros e artigos científicos. - Capacidade e gosto pelo trabalho em equipa. - Facilidade na adaptação a diferentes contextos profissionais e culturais. 	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> - Maior conhecimento da atuação da fisioterapia nas áreas da saúde da mulher no que concerne à população em geral e na classe médica. - Maior conhecimento e procura da população sobre a importância da preparação para o nascimento e do tratamento da incontinência urinária. - Maior número de clínicas no setor privado a integrar serviços de fisioterapia na área de saúde de mulher. - Capacidade de atuação na área no contexto profissional atual. - Envelhecimento da população e aumento da prevalência da IU. - Atuação conjunta de duas áreas (dermato-funcional e saúde da mulher) que muito se interligam e poderão proporcionar uma abordagem multifacetada à mulher. - Acesso facilitado a redes de informação.
Pontos fracos <ul style="list-style-type: none"> - Pouca experiência profissional. - Trabalho sem contrato, apenas a prestação de serviços. - Indisponibilidade financeira para maior formação profissional. 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> - Prática privada com custos associados a este tipo de procura. - Diminuição dos recursos financeiros da população em geral para recorrer à prestação de cuidados de saúde especializados. - Diminuição da taxa de natalidade da população portuguesa. - Concorrência de outros profissionais, nomeadamente

	<p>enfermeiros e professores de educação física na realização de classes de preparação para o nascimento e de pós-parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número elevado de fisioterapeutas em Portugal - Aumento no número de fisioterapeutas especializados na área de saúde de mulher.
--	---

Quadro 2. Análise SWOT pessoal

1.6. Apresentação do contrato de aprendizagem inicial

I. Apresentação das competências a adquirir, definidas pela Instituição de Ensino

Competências a adquirir segundo os Descritores de Dublin ao nível do segundo ciclo:

- Gerar ideias através da análise dos conceitos a nível abstrato, com o domínio de competências especializadas e da formulação de respostas a problemas bem definidos e abstratos;
- Analisar e avaliar a informação;
- Emitir juízos relevantes numa ampla gama de funções. Aceitar responsabilidade pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupos;
- Rever criticamente, consolidar e aumentar um corpo sistemático e coerente de conhecimento, usando transversalmente competências especializadas numa área de estudo.
- Avaliar criticamente novos conceitos e a evidência de uma amplitude de fontes; transferir e aplicar competências de diagnóstico e criatividade ajuizando de forma relevante numa gama de situações; aceitar responsabilidade pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupos.

Competências a adquirir segundo o Perfil de Competências do Fisioterapeuta:

- Competências específicas da profissão:

- Capacidade de aplicar técnicas de avaliação apropriadas;
- Utilização eficiente e segura de exercícios terapêuticos, englobando tomada de decisões, definição de objetivos e desenhos de programas de exercícios;
- Utilização eficiente e segura de terapia manual, na aplicação de mobilização, manipulação, massagem e técnicas de terapia respiratória.
- Utilização eficiente e segura de meios electrofísicos, na seleção e aplicação de diversas modalidades baseadas na utilização terapêutica de energia elétrica, térmica, luminosa, sónica e magnética.

- Utilização eficiente e segura do meio aquático, na seleção e aplicação de diversas modalidades baseadas na utilização terapêutica dos princípios hidrodinâmicos e terapêuticos.
- Compreensão básica do processo científico e suas repercussões na prática da Fisioterapia.
- Compreensão do papel do fisioterapeuta na prevenção da doença e lesão e promoção da saúde.

- Competências genéricas e habilitadoras:

- Competências de comunicação suficientes para comunicar eficientemente e em segurança com outros profissionais, com utentes, acompanhantes e colegas.
- Capacidades de avaliação suficientes para avaliar um utente de um modo seguro e eficiente, tendo em consideração as necessidades físicas, psicológicas e culturais específicas de cada utente.
- Capacidade para recolher informação suficiente, com base no processo de avaliação, de forma a elaborar um plano de intervenção específico e efetivo, com o utente, utilizando competências de resolução de problemas e de raciocínio clínico.
- Processo de avaliação e investigação suficientemente desenvolvido para localizar e utilizar evidência disponível, de modo a selecionar e avaliar intervenções terapêuticas de um modo eficiente e seguro.
- Reflexão e capacidade de participação no processo de aprendizagem, de modo a identificar objetivos pessoais e profissionais a serem atingidos através do desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida.
- Capacidade suficiente para utilizar competências estatísticas e de tecnologias de informação que permitam apresentar, tratar e analisar dados apropriadamente.
- Utilização de tecnologias da informação e sistemas de gestão de dados de modo a manter os registos dos utentes.
- Conhecimento dos procedimentos de trabalho, quer individual, quer de equipa, de modo a possibilitar o exercício profissional em cada um dos contextos.

- Bases científicas da Fisioterapia:

- Compreensão das ciências biológicas, físicas e comportamentais que suportam a fisioterapia.
- Capacidade para usar esse conhecimento e compreensão apropriadamente numa variedade de contextos.

- Capacidade para exercer prática clínica baseada em evidência e investigação.

- Contextos da prestação de serviços:

- Consciência das complexidades do sistema de cuidados de saúde (SNS) nos quais os cuidados de fisioterapia são prestados.
- Compreensão integrada dos aspetos éticos, morais e legais relacionados com a prática da fisioterapia.
- Compreensão dos mecanismos que enquadram o desempenho e asseguram a qualidade na prática da fisioterapia.
- Uma compreensão das funções das outras profissões.
- Capacidade para trabalhar como membro de uma equipa de cuidados de saúde.
- Compreensão do impacto que os fatores sociais e económicos têm na saúde e na prestação de cuidados.

Competências a adquirir segundo o Perfil de Competências da especialidade:

- Compreensão aprofundada das ciências biológicas, físicas e comportamentais que suportam a Fisioterapia.
- Capacidade para usar o conhecimento aprofundado e compreensão em contextos de intervenção específicos.
- Analisa e avalia criticamente a evidência e a sua aplicabilidade prática.
- Desenvolve e dirige programas de intervenção para populações com necessidades de saúde específicas.
- Contribui para a análise e desenvolvimento do corpo de conhecimento, usando transversalmente competências especializadas numa área de estudo.
- Contribui para o desenvolvimento da Fisioterapia através da criação/implementação/divulgação de novo conhecimento e novas práticas.
- Faz planeamento e gestão de recursos inerentes aos serviços de Fisioterapia e contribui para as políticas de desenvolvimento da organização.

Competências gerais dos graduados de segundo ciclo:

- Domínio das capacidades de avaliação que permita a adaptação e criação de novos métodos/técnicas seguras e eficientes, a interpretação criativa dos dados no contexto de novos conceitos e evidência;

- A utilização da informação recolhida a partir do processo de avaliação deverá ser suficiente para que se elabore um plano de intervenção específico e eficiente, com o utente, utilizando capacidades de resolução de problemas e de raciocínio clínico;
- Processo de avaliação e investigação suficientemente desenvolvido para gerar ideias através da análise de conceitos a nível abstrato, rever criticamente, de modo a consolidar e aumentar o corpo de conhecimento no que respeita a seleção e a avaliação das intervenções terapêuticas;
- Reflexão e capacidade de participação no processo de aprendizagem de modo a identificar objetivos pessoais e profissionais a serem atingidos através do desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida; aceitar responsabilidade pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupos;
- Domínio das competências estatísticas e de tecnologias de informação que permitam apresentar, tratar e analisar dados criticamente e que contribuam para a consolidação e aumento do corpo de conhecimentos;
- Desenvolver metodologias e emitir juízos relevantes sobre sistemas de gestão de dados e registos dos utentes/clientes.
- Domínio das competências interpessoais, de forma a permitir aceitar a responsabilidade pela definição e pelo atingir de resultados quer individuais quer de grupo.

II. Apresentação das competências a adquirir, definidas pelo orientador

- Adquirir competências de avaliação na área da uroginecologia;
- Saber elaborar um bom plano de intervenção;
- Gerir uma classe de ensino no que diz respeito à prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas;
- Consoante a condição clínica, saber avaliar os sintomas, quantificar a gravidade e avaliar o impacto na qualidade de vida, para cada utente;
- Gerir uma classe, para recuperação dos músculos do pavimento pélvico, constituída por utentes com disfunções uroginecológicas;
- Saber motivar as utentes para a responsabilização individual, no que respeita à recuperação da condição clínica presente/de risco;
- Saber aconselhar a utente no que diz respeito às dificuldades/dúvidas que possam surgir ao longo do processo de recuperação;
- Saber reconhecer quando é necessário solicitar a colaboração de outros pares.

III. Diagnóstico das necessidades de aprendizagem

- Conhecimentos da área já adquiridos, no contexto teórico:
- Anatomia do pavimento pélvico
 - Articulações e meios de união da bacia óssea
 - Apresentação dos órgãos genitais externos e internos
 - Constituintes do pavimento pélvico
- Fisiologia do pavimento pélvico
 - Funcionamento da musculatura perineal
 - Diferenças entre os tipos de fibras musculares
 - Treino dos músculos do pavimento pélvico
 - Adaptações ao treino dos MPP
- Fisiologia da micção
 - Anatomia topográfica dos órgãos de ação miccional
 - Diferenças entre as estruturas intervenientes no ato miccional
 - Controlo neural e reflexo da micção
- Fisiopatologia do trato urinário baixo
 - Função do trato urinário baixo
 - Sintomatologia presente nos estadios de armazenamento / esvaziamento / pós-miccional
 - Definição dos diferentes tipos de incontinência
- Disfunção do pavimento pélvico
 - Incontinência (urinária/fecal/de gases)
 - Prolapso dos órgãos pélvicos
 - Disfunção sexual
- Avaliação e medição clínica
 - Palpação vaginal
 - Perioneometria/manometria
 - Diário miccional
 - Performance muscular
- Tratamento e terapêutica na incontinência urinária/prolapsos
 - Prática baseada na evidência
 - Electroestimulação
 - Treino dos MPP
 - Reeducação postural
- Fisioterapeuta em incontinência urinária
 - Atuação na paciente como um todo e respeito pela individualidade
 - Fatores de ponderação na atuação
 - Equipa multidisciplinar
 - A incontinência urinária (epidemiologia, prevalência, fatores de risco, diagnóstico, tratamento)

- Tratamento conservador/tratamento cirúrgico/medicação
- Os prolapsos genitais (prevalência, fatores de risco, diagnóstico, tratamento)
- Importância do fisioterapeuta, num contexto multidisciplinar, na reabilitação psicossocial e do Eu individual

Conhecimentos a melhorar:

- Ter contacto prático com vários quadros sintomatológicos, de forma a poder avaliar e intervir
- Realizar com eficácia e rapidez o exame subjetivo
- Reconhecer os diferentes tipos de IU
- Melhorar a minha técnica da palpação vaginal
- Identificar a presença de prolapsos genitais
- Adequar o mais possível o meu plano de intervenção a cada utente
- Melhorar a capacidade de administração de classes de utentes
- Melhorar a minha capacidade comunicacional em classes de utentes
- Criar/melhorar as minhas competências ao nível da dinamização de classes de utentes
- Aprofundar os meus conhecimentos sobre a matéria de disfunções sexuais
- Aprofundar os meus conhecimentos na área da prevenção do aparecimento de IU ou prolapsos genitais.

IV. Definição dos objetivos de aprendizagem

- Retirar o máximo de informação possível da semana de integração.
- Saber identificar os vários tipos de IU e a presença de prolapsos genitais, até ao final da segunda semana.
- Adquirir conhecimentos aprofundados sobre a prevenção e o tratamento da IU e de prolapsos genitais, de modo a aconselhar e estabelecer um plano de intervenção mais eficazmente. Objetivo a cumprir no final da primeira semana.
- Realizar de forma eficaz avaliações subjetivas e físicas às utentes, no final da segunda semana.
- Saber identificar as limitações da utente, de um ponto de vista biopsicossocial, e estabelecer um plano de intervenção adequado à individualidade da utente. Objetivo a cumprir ao longo da segunda semana.
- Saber manusear de forma correta os aparelhos de *biofeedback*, electroestimulação e perineometro, no final da segunda semana.

- Administrar classes de forma dinâmica, comunicativa e agradável para as utentes. A desenvolver até à terceira semana de estágio e melhorar progressivamente durante toda a sua duração.
- Utilizar uma linguagem clara e encorajadora perante as utentes, melhorando a adesão e o interesse destas na sua recuperação. A desenvolver até à terceira semana de estágio e melhorar progressivamente durante toda a sua duração.
- Reconhecer quadros de disfunção sexual e atuar em conjunto com a equipa multidisciplinar quando necessário, até ao final da quarta semana.

V. Definição das estratégias de aprendizagem e recursos

Objetivo	Modo de aprendizagem	Critérios de aquisição da aprendizagem
Retirar o máximo de informação possível da semana de integração.	Através da observação	Reunião com o tutor, discussão de matérias a abordar e obtenção de feedback positivo.
Saber identificar os vários tipos de IU e a presença de prolapsos genitais, até ao final da 2ª semana.	Através da observação de vários casos clínicos no serviço e do aprofundamento de conhecimentos teóricos	Após avaliação, a identificação do problema deverá ser validada pelo tutor.
Adquirir conhecimentos aprofundados sobre a prevenção e o tratamento da IU e de prolapsos genitais, de modo a aconselhar e estabelecer um plano de intervenção mais eficazmente, até ao final da 1ª semana.	Aprofundamento de conhecimentos teóricos e pesquisa de literatura recente para basear a minha prática na evidência disponível.	Aconselhar e esclarecer as utentes de forma científica, clara e encorajadora e perceber se a utente compreendeu a informação.
Realizar de forma eficaz avaliações subjetivas e físicas às utentes, ao final da 2ª semana.	Através da observação da prática do tutor e do progressivo aumento de prática clínica.	Melhorias do quadro sintomatológico e feedback positivo das utentes, aquando das reavaliações. Obter aval do tutor quanto à qualidade da minha intervenção.
Saber identificar as limitações da utente, de um ponto de vista biopsicossocial, e estabelecer um plano de intervenção adequado à individualidade da utente, ao longo da 2ª semana.	Absorver o máximo de informação possível do modo como a utente encara o seu problema durante a avaliação subjetiva, utilizar questionários de perceção da qualidade de vida e pesquisar sobre as abordagens mais eficazes para lidar com essas situações. Discutir os casos com o tutor.	Melhorias do quadro sintomatológico e feedback positivo das utentes, aquando das reavaliações.
Saber manusear de forma correta os aparelhos de electroestimulação e perineometria, até ao final da 2ª semana.	Através da observação dos procedimentos realizados pelo tutor, da pesquisa de informação clínica sobre os equipamentos e de literatura científica e da prática adquirida com as utentes.	Avaliação e decisão por parte do tutor.
Administrar classes de forma dinâmica, comunicativa e	Através da observação do tutor ou colega de serviço, da minha	Avaliar no momento e na sessão seguinte se as utentes se sentem

agradável para as utentes, até à 3ª semana e melhorar durante toda a duração do estágio.	experiência profissional e da pesquisa de formas lúdicas de cativar o interesse das utentes	confortáveis e interessadas e obter feedback positivo.
Utilizar uma linguagem clara e encorajadora perante as utentes, melhorando a adesão e o interesse destas na sua recuperação, a desenvolver até à 3ª semana e melhorar durante toda a duração do estágio.	Através da observação da forma como o tutor ou colega de serviço estimula e capta a atenção do grupo. Aplicação prática dos conhecimentos obtidos.	Avaliar no momento e na sessão seguinte se as utentes se sentem confortáveis e interessadas e obter feedback positivo.
Reconhecer quadros de disfunção sexual e atuar em conjunto com a equipa multidisciplinar quando necessário, até ao final da 4ª semana.	Aprofundar os conhecimentos teóricos dessa temática e pesquisar sobre as formas de abordagem dessas problemáticas.	Reunião e discussão com o tutor sobre a temática e intervenção de acordo com a abordagem da equipa multidisciplinar.

VI. Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Conhecer e integrar-me no local de estágio.												
Observar a prática clínica do educador clínico.												
Saber identificar os diferentes estádios de IU e a presença de prolapsos genitais.												
Rever os conhecimentos adquiridos sobre a prevenção e o tratamento da IU e de prolapsos genitais.												
Procurar informação acerca das complicações que advém após o parto eutócico e o parto distócico.												
Pesquisar e estudar a literatura mais recente sobre as estas temáticas.												
Observar classes realizadas por colegas fisioterapeutas.												
Iniciar o tratamento de utentes com disfunções uroginecológicas, avaliando e intervindo.												
Realizar eficazmente avaliações subjetivas e físicas às utentes e estabelecer um plano de intervenção adequado à sua individualidade.												
Manusear de forma correta os aparelhos de electroestimulação e perineometria.												
Iniciar uma classe de ensinamentos a utentes com incontinência urinária e prolapsos genitais.												
Iniciar uma classe de reavaliação de utentes com problemas uroginecológicos.												
Iniciar uma classe de reeducação postural e de reabilitação do pavimento pélvico a utentes com disfunções uroginecológicas.												
Rever os conhecimentos necessários para a melhor intervenção possível.												

Reconhecer quadros de disfunção sexual.												
Pedir feedback ao tutor clínico sobre o trabalho desenvolvido, por forma a poder melhorar a minha prática clínica.												

Apresentação das reavaliações do contrato

Inicialmente, e de acordo com o meu contrato de aprendizagem para a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, estava previsto atuar na área da Uroginecologia. Com o começo do estágio, tive a oportunidade de poder participar também em classes de preparação para o nascimento e na área da senologia, seja em contexto de grupo ou individual.

Deste modo, foram acrescentados alguns objetivos que senti a necessidade de clarificar perante essas alterações. Assim, relativamente à área da senologia, estabeleci que deveria adquirir conhecimentos mais aprofundados sobre a prevenção e o tratamento de linfedema do membro superior, aprofundar técnicas de avaliação e tratamento de disfunções pós-cirúrgicas de cancro da mama, realizar eficazmente uma sequência de drenagem linfática terapêutica para o membro superior e mama; saber manusear eficazmente as técnicas de bandas de multicamadas ou de pressoterapia e aprofundar conhecimentos acerca de procedimentos como a quimioterapia ou a radioterapia. Relativamente às classes de preparação para o nascimento, reconheci que deveria procurar literatura acerca das alterações físicas, fisiológicas e emocionais nas grávidas, das várias etapas da gravidez e dos procedimentos pré e pós-parto, por forma a conseguir preparar e ministrar classes de forma independente.

Ainda que me tenha sido dada a oportunidade de estagiar nas áreas acima referidas, considero que estes objetivos foram secundários aos estabelecidos *a priori* ao estágio, uma vez que a área da Uroginecologia é aquela que me desperta maior interesse. Contudo, não descurei de aprofundar os meus conhecimentos nessas áreas, de me tornar uma melhor profissional e, possivelmente, mais competente. Foram objetivos que tentei executar durante a segunda e terceira semanas e para cumprir ao longo de todo o estágio.

Apresentação do feedback obtido

Ao longo do estágio, e como estabelecido por mim em contrato de aprendizagem, tentei que me fosse dado *feedback*, tanto da parte da fisioterapeuta/orientadora de estágio como das utentes que tratei e acompanhei. Também os demais profissionais do serviço foram comentando e me permitiram crescer e melhorar certas condutas. A grande maioria desse *feedback* foi feita oralmente em ocasiões pontuais e, como tal, sem registo físico.

Pude contar enormemente com instruções incansáveis da parte da orientadora de estágio, na tentativa de criar estratégias facilitadoras na minha prática e, posso enumerar que, a maior parte das vezes, em conversas casuais ou reuniões de serviço, o que foi falado reportava a situações de melhoria da prestação dos cuidados, quer pela gestão horária, quer pela adoção de posturas específicas perante determinadas utentes ou casos clínicos.

Para além desse *feedback*, apliquei um questionário às participantes na classe de reeducação postural e do pavimento pélvico, o que me permitiu retirar algumas conclusões sob o modo como encararam as classes em si e o meu desempenho. Para tal, tentei elaborar questões acerca da sua perceção de saúde e bem-estar, do conteúdo das classes e da forma como as classes foram prestadas pela fisioterapeuta. O questionário, com 17 questões de resposta fechada em formato de escala de *likert* de 5 pontos, foi entregue após a última classe do grupo em avaliação. Foi dado espaço ao esclarecimento de dúvidas e, no momento do seu preenchimento, ausentei-me do local. Nenhuma das 5 utentes se recusou a participar. Assim, conforme abaixo, os resultados obtidos foram:

O questionário encontra-se em Anexo IX.

Encontra-se também em Anexo X, o *feedback* final do estágio dado pela orientadora.

1.7. Reflexão do final do processo

A procura de tratamento para a incontinência urinária, ou qualquer outra disfunção uroginecológica, não é ainda um tema da atualidade, o que leva a que, infelizmente, muitas mulheres sofram em silêncio, por vergonha ou estigma social. O Serviço de Fisioterapia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa dá resposta às mulheres que procuram ajuda para recuperar o seu problema. A sua abordagem pretende devolver o controlo ativo sobre o próprio corpo.

O contacto e a troca de experiências entre as utentes, com alguma forma de disfunção, permite avaliar o quão comum estes problemas são, mas que de forma nenhuma são normais. Assim, o trabalho feito pelo Serviço tem um grande impacto na prestação de cuidados de saúde, por ser uma área não muito intervencionada a nível nacional e a nível de serviço público. A oportunidade que tive de poder estagiar naquela instituição foi uma experiência extremamente enriquecedora, do ponto de vista profissional, técnico e pessoal, em que pude observar a interligação entre os vários serviços na prestação cuidados de saúde especializados.

Infelizmente, durante todo o estágio, fui confrontada com a possibilidade de encerramento da MAC e com os cortes massivos na despesa do setor da saúde, o que a juntar ao facto de existirem apenas 3 fisioterapeutas num serviço com responsabilidades nas várias (mas ainda poucas) vertentes

de apoio da MAC, condiciona em muito a nossa prática, criando-lhe limitações, quer em termos de oferta e quantidade de serviços, quer na duração dos mesmos serviços. Também o facto de ser uma instituição pública, em que as utentes são livres, isto é, a presença nas consultas/sessões é da sua responsabilidade e o cumprimento de um plano de tratamento passa por essa mesma presença e adesão, dificulta muitas vezes a concretização de objetivos e a finalização de uma intervenção. Intervim em casos de disfunção uroginecológica, em especial de incontinência urinária, que sempre foi a minha área de maior interesse. Ainda assim, a oportunidade que surgiu depois em acompanhar outras vertentes, como a área da senologia e da preparação para o nascimento, representou uma enorme surpresa.

O estágio, de teor prático, permitiu-me compreender o quão difícil pode ser a aplicação da evidência, que nos possibilita o alcance de resultados e o cumprimento de objetivos de tratamento de formas mais rápidas e eficazes. Daí, este relatório representar um papel muito importante, uma vez que é através do registo clínico que podemos comparar e relacionar casos e obter proveitos no campo da evidência científica. Um dos fatores que mais valorizei foi poder constatar a importância do papel da fisioterapia na área da saúde da mulher, criando estratégias para um acompanhamento, que mesmo em grupo, se torna pessoal e de contacto próximo com a utente, respeitando a sua individualidade e as suas características.

Este estágio constituiu uma etapa muito importante no meu percurso académico e profissional, sendo um ato formativo que se não estivesse ao meu alcance realizá-lo em complementaridade com a frequência do mestrado, queria de igual forma podê-lo fazer. Por vontade própria, e por disponibilidade da instituição e da orientadora em me acolher, o estágio teve uma duração superior à prevista inicialmente em contrato de aprendizagem. Com início em janeiro de 2013, em vez de finalizá-lo em março, o estágio prolongou-se até ao final de junho de 2013.

A elaboração deste relatório, como o conjunto de registos e de material recolhido, permitiu-me desenvolver as minhas capacidades de pesquisa e reflexão sobre a minha intervenção e a minha personalidade como a primeira crítica de mim mesma.

Penso que pelo *feedback* obtido, tanto pelas utentes como pela orientadora, tive uma postura correta perante as adversidades e, sumariamente, penso que os objetivos propostos para este estágio foram integralmente cumpridos.

Referências Bibliográficas

- Alewijnse, D. (2002). Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. *Patient education and counseling*, 48(2), 147–60.
- Alewijnse, D. et al. (2003). Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 22 (4), 284–95.
- Bø, K. (2011). To do or not to do? Pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, Spring 2011, 108, 13-17.
- Bø K, Talseth T (1996) Long-term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. *Obstet Gynecol*, 87, 261–265.
- Bø, K; Talseth, T & Holme, I. (1999). Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*, 318, 487-493.
- Bø, K., Morkved, S. (1997). The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *Int Uryginecol* 1997, 8, 217-222
- Bo, K., Morkved, S. (2000). Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(8), 1022–1028.
- Boone, L., Kurtz, D. *Marketing Contemporâneo - 8ª ed.* Rio de Janeiro: LTC, 1998.
- Castro, R. et al. (2008). Single blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones and no active treatment in the management of stress urinary incontinence, *CLINICS* 2008, 64, 465-72.

Centro Hospitalar de Lisboa Central. <http://www.chlc.min-saude.pt>. 16/04/2013 21:02.

Dallosso, H., McGrother, C., Matthews, R., Donaldson, L., Leicestershire MRC Incontinence Study Group (2003). The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU International*, 92, 69 – 77.

Direção Geral de Saúde, em

<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

Ferreira, M., Santos, P. (2011). Evidência científica baseada nos programas de treino dos músculos do pavimento pélvico. *Ata Med Port* 2011, 24, 309-318.

Fritel, X. et al. (2010). Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 151(1), 14–9.

Getliffe, K. & Dolman, M. (2007). *Promoting Continence – A Clinical and Research Resource*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Hagen, S., Stark, D., Glazener, C., Sinclair, L., Ramsay, I. (2009). A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 20, 45-51.

Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. São Paulo: Livraria Santos Editora.

Holroyd-Leduc, J., Straus, S. (2004). Management of Urinary Incontinence in Women: Scientific Review. *JAMA*, 291(8), 986-995.

Moura, B. (2005). Incontinência Urinária Feminina. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 21, 11-20.

Murphy, M., Heit, M., Culligan, P. (2003). Evaluation and treatment of female urinary incontinence. *Am J Med Sports*, 5.

- National Institute for Health And Clinical Excellence (2006). *Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women*. NICE clinical guideline 40.
- Neumann, P. & Morrison, S. (2008). Physiotherapy for urinary incontinence. *Australian Family Physician*, 37(3).
- Oliveira, K., Rodrigues, A., Paula, A. (2007). Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da Incontinência Urinária de esforço na mulher. *Revista Eletrônica F@pciência*, 1(1), 31-40.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. <http://pns.dgs.pt/pns-em-portugues/>. 16/04/2013 21:43.
- Polden, M. & Mantle, J. (1997). *Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei nº 44/2012*, publicado em Diário da República, nº 39, 1.ª série, 23 de fevereiro de 2012
- Rardin, C. (2007.). *Biofeedback and Pelvic Floor Physiotherapy: Introducing Non-Surgical Treatments to Your Office*.
- Sacco, E., Tienforti, D. (2013). Female Sexual Dysfunctions and Urogynecological Disorders. *European Medical Journal - Urology*, 2013: 1, 92-99.
- Schröder, A et al. (2009). Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. European Association of Urology.
- Sigurdardottir, T., Steingrinsdottir, T., Arnason, A., Bø, K. (2011) Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *Int Urogynecol J*, 22(12):1497-503
- Smith, P.P., McCrery, R.J., Appell, R.A. (2006). Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *CMAJ*, 175,(10),1233 – 1240.

- Subak, L., Quesenberry, C., Posner, S., Cattolica, E., Soghikian, K. (2002). The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 100, 72-78.
- Townsend, M. et al. (2007). Body mass, weight gain and incident urinary incontinence em middle-aged women. *Obstetrics & Gynecology*, 110 (2), 346-353
- Viktrup, L., Summers, K., Dennett, S. (2005). Clinical urology guidelines for the Initial assessment and treatment of women with urinary incontinence: a review. *European Urology Supplements*, 4 (1), 38-45.
- Zanetti, I. et al. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *São Paulo Med J* 2007, 125(5), 265-9.

Apêndice I - Registos do primeiro caso

FICHA DE REGISTO DA UTENTE

MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA
Serviço de Fisioterapia – Uroginecologia

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: XXX

Idade: 32 anos

Data de nascimento: 01/05/1980

Profissão: Assistente administrativa (em licença de maternidade)

Diagnóstico médico: Incontinência urinária e de gases pós-parto

Início do tratamento: 01/03/2013

Periodicidade: semanal

EXAME SUBJETIVO

PRINCIPAIS QUEIXAS

Perda de urina e de gases involuntária e dor na cicatriz de parto, de forma constante e agravada nas relações sexuais

OBJETIVOS E EXPECTATIVAS DE TRATAMENTO

Recuperar das perdas de urina e de gases e diminuir a dor sentida

HISTÓRIA CLÍNICA

História atual: A utente, por ter um parto distócico por fórceps e ventosa, com episiotomia preventiva e, ainda assim, com uma laceração interna de grau I, foi reencaminhada para o Serviço de Fisioterapia. Iniciou a classe de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas, mas no final pediu apoio individualizado. A utente começou a perder urina após o parto, a 01/12/2013. Durante a recuperação imediata, houve mesmo a necessidade de usar fraldas devido à enorme quantidade de perda urinária. Contudo, no espaço de uma semana, essas perdas normalizaram e, no momento da avaliação (cerca de 3 meses pós-parto) apenas perde quando pega o filho ao colo, especialmente quando o faz dobrada (*sic*). No entanto, tem também perdas de gases ocasionais. Da cicatriz resultante da episiotomia e da laceração, houve um decorrer normal da cicatrização, à exceção dos últimos pontos (mais internos) que estariam mais “apertados” e causavam dor (*sic*). Já tinha feito a consulta de revisão pós-parto e encontrava-se tudo na normalidade.

História anterior: Não apresenta nenhuma outra situação clínica que condicionante, nem historial familiar. Não tem igualmente história de cirurgias pélvicas ou de caráter generalista.

Dados gerais: Casada e com 1 filho de 3 meses. Letrada. Não pratica exercício. Fora a pílula, não toma nenhuma outra medicação. Participou em classes de preparação para o nascimento (com Enfermeira parteira).

Hábitos de vida: Tabagismo ☐

Alcoolismo ☐

Obesidade ☐

Má dieta ☐

Outros _____

Peso: 64 kg

Altura: 1,62m

IMC \approx 26,3

Excesso de peso: Sim ☒ Não ☐

Notas: perímetro abdominal aumentado

Compromisso: Social ☒

Profissional ☐

Desportivo ☐

Sexual ☒

Higiénico ☒

Motivação para tratamento: Sim ☒ Não ☐

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

- Nº de partos: 1 (3010 kg)
- Datas de parto: 01/12/2013
- Peso do RN: 3010kg
- Interrupções de gravidez: 0
- Notas: Índice de APGAR - 8

- Tipo de parto: Eutócico ☐
Cesariana ☐
Distócico ☒
Fórceps ☒
Ventosa ☒

- Episiotomia / rasgadura: Sim ☒ Não ☐
Notas: episiotomia preventiva e laceração interna de grau I

- Amamentação: Sim ☒ Não ☐
Notas: leite materno exclusivamente

- Hemorragia pós-parto: Sim ☐ Não ☒
- Menstruação após o parto: Sim ☒ Não ☐
- Nº de vezes: 1

- Menstruação:
Regular ☒ Irregular ☐
Dias por ciclo: 7 dias

- Contraceção: Sim ☒ Não ☐
Qual: *Cerazette*

- Relações sexuais: Sim ☒ Não ☐
Dispareunia/vaginismo: Sim ☒ Não ☐
Penetração ☒ Início ☐ Fim ☐
Todo o coito ☒ Após o coito ☐
Já existia antes da gravidez: Sim ☒ Não ☐
Perda de urina/fezes/gases: Sim ☐ Não ☒
Notas: dor à penetração anterior ao parto; dor na cicatriz interna; não utilizou lubrificante

- Secura vaginal: Sim ☒ Não ☐
Já existia antes da gravidez: Sim ☐ Não ☒

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Perde urina: Sim ☒ Não ☐

• Situações:

Tosse, espirro, rir ... ☐
Mudança de posição ☐
Andar, correr, saltar... ☐
Repouso, deitada... ☐
Urgência ☐

Outras: pegar na bebé dobrada (*sic*)

• Frequência

Esforço
Raramente ☒
Por vezes ☐
Frequentemente ☐
Sempre ☐

Urgência

Raramente ☐
Por vezes ☐
Frequentemente ☐
Sempre ☐

• Quantidade

Esforço
Gotas ☒
Esguicho ☐
Completas ☐

Urgência

Gotas ☐
Esguicho ☐
Completas ☐

• Tipo:

Esforço ☒ Urgência ☐ Mista ☐ Outra _____

Início da perda: pós-parto

Urgência urinária: Sim ☐ Não ☒

Retenção urinária: Sim ☒ Não ☐

Disúria: Sim ☐ Não ☒

Ingere muitos líquidos: Sim ☐ Não ☒

• Frequência de micção:

Diária: 4/5 vezes
Noturna: 1 vez

• Uso de penso:

Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Quantos por dia:

• Fluxo urinário:

Contínuo ☒
Intermitente ☐
Gotejamento ☐

Inicia logo ☒

Início tardio ☐

Faz força ☐

Com ajuda de prensa ☐

INCONTINÊNCIA FECAL OU DE GASES

Perde fezes/gases: Sim ☒ Não ☐

• Situações

Tosse, espirro, rir ... ☐
Mudança de posição ☒
Andar, correr, saltar... ☐
Repouso, deitada... ☒
Urgência ☐

• Frequência

Esforço
Raramente ☐
Por vezes ☐
Frequentemente ☒
Sempre ☐

Urgência

Raramente ☐
Por vezes ☐
Frequentemente ☐
Sempre ☐

• Quantidade

Suja a cueca ☐
Perda parcial ☐
Perda total ☐
Outras _____

• Frequência de evacuação:

Diária:
Noturna
Semanal: 2/3 vezes

• Tipo:

Esforço ☒ Urgência ☐ Mista ☐ Outra _____

Início da perda: pós-parto

Urgência fecal: Sim ☐ Não ☒

Obstipação: Sim ☒ Não ☐

Hemorroidas: Sim ☐ Não ☒

Dor na evacuação: Sim ☒ Não ☐

• Uso de penso: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Quantos por dia:

• Conteúdo de perda:

Firme ☐
Gasoso ☒
Líquido ☐
Outros _____

• Esvaziamento:

Inicia logo ☐
Início tardio ☒
Com ajuda de prensa ☒
Outros _____

PROLAPSOS PÉLVICOS

Prolapsos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Órgão: Bexiga <input type="checkbox"/> Grau: Útero <input type="checkbox"/> Grau: Parede vaginal <input type="checkbox"/> Grau: Intestino <input type="checkbox"/> Grau: Outros _____ Há quanto tempo: _____										Dor/desconforto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> • Situações: Tosse, espirro, rir ... <input type="checkbox"/> Mudança de posição <input type="checkbox"/> Andar, correr, saltar... <input type="checkbox"/> Repouso, deitada... <input type="checkbox"/> Outras _____									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
Ausência de dor		Dor leve Não atrapalha as atividades		Dor moderada Atrapalha, mas não impede as atividades		Dor forte ou incapacitante Impede as atividades		Dor insuportável Impede as atividades e causa desconforto											

EXAME FÍSICO

<u>Observação do períneo:</u> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input checked="" type="checkbox"/> Vermelhidão <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Cicatriz <input checked="" type="checkbox"/> (à direita)			<u>Sensibilidade propriocetiva do períneo</u> Sente contração <input checked="" type="checkbox"/> Sente relaxamento <input type="checkbox"/> Não sente contração <input type="checkbox"/> Não sente relaxamento <input checked="" type="checkbox"/> Notas: contração sinérgica dos glúteos e adutores das coxas; bem executado após feedback.		
<u>Sensibilidade tátil</u> • Interior das coxas Ausente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Exacerbada <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input checked="" type="checkbox"/>			• Grandes lábios Ausente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Exacerbada <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input checked="" type="checkbox"/>		
<u>Palpação vaginal</u> • Dor à palpação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Notas: desconforto à palpação bidigital; bola retal palpável; presença de nódulos cicatriciais dispersos pela parede latero-posterior; perda de 2 gases enquanto avaliada.			• Fundo das nádegas Ausente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Exacerbada <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input checked="" type="checkbox"/>		
<u>Observação postural</u> Anteriorização da cintura escapular, aumento da cifose dorsal, retificação da coluna lombar, bacia em bácia posterior, proeminência abdominal.			• Efeito da tosse: • Sem contração do períneo Com Manobra de Valsalva <input checked="" type="checkbox"/> Sem Manobra de Valsalva <input type="checkbox"/> • Com contração do períneo Com Manobra de Valsalva <input checked="" type="checkbox"/> Sem Manobra de Valsalva <input type="checkbox"/> • Perda de urina/fezes/gases: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		
• Força muscular do pavimento pélvico: Grau I <input type="checkbox"/> Grau II <input checked="" type="checkbox"/> Grau III <input type="checkbox"/> Grau IV <input type="checkbox"/> Grau V <input type="checkbox"/> Notas: contração de fraca qualidade e sem harmonia muscular; presença de maior déficit muscular na parede posterior do canal vaginal; maior dificuldade em manter a contração			<u>Observação do padrão respiratório</u> - Com respiração abdomino-diafragmática <input type="checkbox"/> - Sem respiração abdomino-diafragmática <input checked="" type="checkbox"/>		

QUESTIONÁRIOS / ESCALAS DE AVALIAÇÃO

PERFECT: P=2, E=4, R=4, F=6, ECT=15

Manometria – não realizada na 1ª avaliação

REAVALIAÇÕES

A 08/03/2013:

À palpação vaginal bidigital, não houve resposta de sensação de desconforto.

A dor e o desconforto sentidos na região cicatricial já não eram significativos, o que permitiu a utilização de um perineómetro. O treino dos MPP passou então a ser feito também com recurso a este dispositivo.

O valor inicial medido foi de 8mmHg para ambas as formas de contração dos MPP.

Por palpação vaginal, a contração dos MPP foi sendo cada vez mais harmoniosa e com maior qualidade, especialmente ao nível da contração conjunta das paredes anterior e posterior do canal vaginal. Também as fases de contração e de relaxamento eram mais evidentes, embora não haja alteração do grau de força muscular do pavimento pélvico.

Houve a adoção de posturas mais corretas, especialmente quando sentada, e presença de um padrão respiratório abdomino-diafragmático.

Pela adoção de posturas de evacuação e de micção mais adequadas e pelo aumento da ingestão de mais líquidos e fibras, houve melhoria do quadro de obstipação e de retenção urinária.

Foi reforçada a ideia de que seria benéfica a realização de trabalho muscular abdominal.

A 27/03/2013:

Ao nível da avaliação observacional e do exame físico não houve quaisquer diferenças.

À palpação vaginal, não foi sentida a presença de conteúdo fecal, nem dos nódulos cicatriciais sentidos na primeira avaliação; as diferenças entre as fases de contração e de relaxamento musculares eram bastante notórias

Embora não houvesse diferenças significativas na avaliação da força dos MPP, mas por haver maior sensação de harmonia e qualidade na contração, foi atribuído um grau II+ da escala de Oxford. Por não haver ainda melhorias significativas na força que pudessem conduzir a resultados igualmente significativos, não foi feita a avaliação na escala de PERFECT.

A utente referiu já não ter perdas de urina e que as de gases também já não eram tão frequentes como inicialmente (em parte pela adoção da técnica de *knack*) e a dor sentida durante as relações sexuais havia já desaparecido. O que resultou numa notória satisfação pessoal.

A 17/05/2013:

A utente referiu a ausência de perdas urinárias e de gases e a dispensa do recurso a lubrificação vaginal nas relações sexuais, por aumento da própria lubrificação natural e por ausência de dor.

Ao exame físico, a cicatriz externa encontrava-se praticamente impercetível; o períneo tinha um aspeto ruborizado normal, com apresentação vulvar ligeiramente mais fechada que na primeira avaliação e sem assimetrias labiais; não houve alterações ao teste da sensibilidade tátil e ao teste da tosse não houve presença de manobra de valsalva aquando da associação da contração dos MPP à tosse (mesmo com sensação de bexiga cheia).

À palpação vaginal, foi obtido um grau III na escala de Oxford para os MPP e, na escala de *PERFECT*, o score foi de P=3, E=8, R=10, F=9 e ECT=24.

Na perineometria foi obtido um valor médio de 26mmHg para contrações rápidas dos MPP e de 20mmHg para contrações as contrações mantidas no tempo.

Houve manutenção da adoção de posturas adequadas e de um padrão respiratório abdomino-diafragmático.

A utente referiu não sentir, nessa altura, nenhum compromisso na sua qualidade de vida.

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA

Restrição da participação / limitações funcionais:

- 1- Diminuição da qualidade de vida, devido ao compromisso a nível higiénico e social;
- 2- Limitação de atividades do dia a dia, devido ao conhecimento prévio de situações que poderão provocar perda de urina ou de gases.
- 3- Diminuição de concentração na realização de algumas tarefas, pela preocupação de poder perder urina ou gases.
- 4- Diminuição da qualidade dos relacionamentos sexuais, por presença de dor durante todo o coito.

Problemas Primários:

- 1- Diminuição da força dos MPP e alterações do tônus de repouso que iniba a abertura do canal uretral em situações de esforço/aumento da pressão intra-abdominal, devido a parto distócico e falta de conhecimento acerca do treino destes músculos.
- 2- Perda de urina em situações de esforço, devido a fraqueza dos MPP e a diminuição da coordenação e da propriocepção da contração/relaxamento dos MPP;
- 3- Retenção urinária, devido a alterações no funcionamento da bexiga ou de alterações na posição da bexiga e/ou da uretra;
- 4- Perda de gases em situações de esforço, devido a fraqueza dos MPP, a diminuição da coordenação e da propriocepção da contração/relaxamento dos MPP e assimetrias na contração muscular envolvente do ânus (resultantes da episiotomia).
- 5- Obstipação e dor na evacuação, devido a diminuição da atividade peristáltica e carência alimentar de fibras.

Problemas Potenciais

- 1- Agravamento das perdas de urina e de gases e início de incontinência fecal, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP;
- 2- Aumento do risco de desenvolvimento de prolapsos pélvicos, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP e por alterações posturais.
- 3- Aumento do risco de desenvolvimento de infeções do trato urinário, pela alteração do normal funcionamento da bexiga;
- 4- Necessidade de uso de pensos higiénicos, pelo agravamento da IU.
- 5- Disfunção sexual, devido à dispareunia;
- 6- Aumento do compromisso a nível social, após retorno à atividade laboral.

Diagnóstico da fisioterapia

- Limitação das atividades da vida diária (que provocam situações de esforço e que levam a perdas de urina ou de gases) e da qualidade de vida (a nível higiénico, social e sexual), por fraqueza, diminuição da coordenação e propriocepção de contração/relaxamento dos músculos do pavimento pélvico.

Fatores pessoais e ambientais

Como fatores limitadores, registam-se a obstipação (alteração do normal funcionamento intestinal), a diminuição da perceção do relaxamento dos MPP após a sua contração e a condição de pós-parto. Como facilitadores temos idade e a motivação da utente, a não utilização de pensos higiénicos, um grau leve de IU e de perda de gases, a licença de maternidade (tempo para se dedicar a si própria) e a prática de classes de recuperação pós-parto (em estabelecimento privado).

Prognóstico

Dada a confiança e motivação da utente, espera-se uma recuperação rápida e total das perdas de urina e de gases e a ausência de dor na região cicatricial, sem limitações de atividades ou compromisso da qualidade de vida.

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

Curto prazo

- 1- Diminuição da dor na região cicatricial, por aumento da consciencialização para a realização de massagem do períneo e pelo uso de lubrificante nas relações sexuais, avaliado por feedback da utente, em 2 semanas;
- 2- Promoção da consciencialização dos MPP e das fases de contração e relaxamento, através da observação de um espelho e por palpação vaginal, em 2 semanas;

- 3- Aumento da qualidade e da harmonia da contração dos MPP, através do treino de fortalecimento dos MPP, avaliado por palpação vaginal, em 2 semanas;
- 4- Promoção de uma postura mais adequada, na posição de sentada e de pé, através de técnicas de consciencialização postural, avaliada por observação, em 2 semanas;
- 5- Promoção da respiração de padrão abdomino-diafragmático, através de técnicas de consciencialização respiratória, avaliada por observação, em 2 semanas;
- 6- Promoção da normal atividade intestinal e da supressão da retenção urinária, pela aplicação de um programa educacional, avaliado por feedback da utente, em 2 semanas;

Médio/longo prazo

- 7- Diminuição das perdas de urina e de gases em situações de esforço, pelo fortalecimento dos MPP e pela aplicação de um programa educacional, avaliado por feedback da utente, por palpação vaginal e por perineometria, em 5 semanas;
- 8- Promoção da melhoria da qualidade de vida, através da melhoria da condição da utente, em 5 semanas;
- 9- Supressão de perdas de urina e de gases, em 3 meses;
- 10- Reforço da consciencialização da manutenção de posturas adequadas e de um adequado padrão respiratório.

PLANO DE TRATAMENTO

- Ensino e realização de massagem perineal e dos nódulos cicatriciais;
- Referenciação à utilização de um lubrificante durante as relações sexuais;
- Ensino para a correta contração e relaxamento musculares;
- Aplicação de um programa de treino para fortalecimento dos MPP;
 - Realização de exercícios com e sem feedback do fisioterapeuta ou de perineometria;
- Aplicação de um programa educacional, com o reforço de indicações para a adoção de estratégias comportamentais e de prevenção de perdas e para alteração do funcionamento intestinal;
- Correção postural e do padrão respiratório.

Apêndice II - Registos do segundo caso

FICHA DE REGISTO DA UTENTE

MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – UROGINECOLOGIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: XXX

Idade: 48 anos

Data de nascimento: 18/08/1964

Profissão: Secretária

Diagnóstico médico: Incontinência urinária de esforço

Início do tratamento: 17/05/2013

Periodicidade: --

EXAME SUBJETIVO

PRINCIPAIS QUEIXAS

Perda de urina involuntária em grandes quantidades.

OBJETIVOS E EXPECTATIVAS DE TRATAMENTO

Diminuir a quantidade e o volume das perdas de urina.

HISTÓRIA CLÍNICA

História atual: A utente foi chamada a tratamento por se encontrar em lista de espera desde novembro de 2011 e tinha um diagnóstico médico de incontinência urinária de esforço. As perdas de urina tiveram início por volta dos 40 anos e sempre se encontraram associadas a situações de esforço e de aumento da pressão intra-abdominal. Num período recente, a utente teve uma grande constipação, o que fez com que o seu quadro clínico de IU se agravasse consideravelmente, passando a ter perdas também em situações de repouso.

A utente refere que no período de espera não cumpriu o programa de treino dos MPP a que se comprometeu nas classes de ensino.

História anterior: A utente, por encaminhamento médico, frequentou as classes de ensino de agosto a novembro de 2011. Na altura o diagnóstico médico foi de incontinência urinária de esforço, no entanto, aquando da avaliação da fisioterapeuta foi redefinido para incontinência urinária mista e ligeira incontinência de gases. A utente apresentava uma grande dependência do uso de pensos de grande absorção. Ao final dos 3 meses da classe, por não ter apresentado melhorias significativas, foi encaminhada para lista de espera para tratamento. Ainda assim, as perdas de urina por urgência e de gases diminuíram consideravelmente, bem como o recurso a pensos, na altura já de média absorção. Apresentava força dos MPP de grau III às contrações mantidas no tempo e de grau IV nas contrações rápidas e manobra de valsalva com perda de urina, em ambas as formas de avaliação no teste da tosse. Havia perceção das fases de contração e de relaxamento dos MPP.

A utente apresenta um historial de cirurgia aos pés e ao braço esquerdo. Ao nível da região pélvica a utente tina já sido submetida a laparoscopia ovárica e a uma histeroscopia.

Dados gerais: Divorciada, sem filhos. Letrada. Não pratica exercício devido a dores nos pés e à IU. Faz atualmente medicação anti-histamínica e antidepressiva.

Hábitos de vida: Tabagismo ☒ (à 35 anos, 1 maço/dia)

Alcoolismo ☐

Obesidade ☒

Má dieta ☐

Outros _____

Peso: 80 kg Altura: 1,51m IMC ≈ 35,09

Excesso de peso: Sim ☒ Não ☐

Notas: perímetro abdominal aumentado, corpo com formato de maçã.

Compromisso: Social ☒

Profissional ☒

Desportivo ☒

Sexual ☒

Higiênico ☒

Motivação para tratamento: Sim ☐ Não ☐

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

• Nº de partos: 0

• Data de partos:

• Peso do RN: --

• Interrupções de gravidez: 0

Notas:

• Tipo de parto: Eutócico ☐

Cesariana ☐

Distócico ☐

Fórceps ☐

Ventosa ☐

• Episiotomia / rasgadura: Sim ☐ Não ☐

Notas:

• Amamentação: Sim ☐ Não ☐

Notas:

• Hemorragia pós-parto: Sim ☐ Não ☐

• Menstruação após o parto: Sim ☐ Não ☐

Nº de vezes: --

• Menstruação:

Regular ☐ Irregular ☒

Dias por ciclo: 5/6 dias

• Menopausa: Sim ☐ Não ☒

Idade:

• Contraceção: Sim ☒ Não ☐

Qual: preservativo; tomou a pílula durante cerca de 20 anos.

• Relações sexuais: Sim ☒ Não ☐

Dispareunia/vaginismo: Sim ☐ Não ☒

Penetração ☐ Início ☐ Fim ☐

Todo o coito ☐ Após o coito ☐

Perda de urina/fezes/gases: Sim ☒ Não ☐

Notas:

• Secura vaginal: Sim ☐ Não ☒

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Perde urina: Sim ☒ Não ☐

• Situações:

Tosse, espirro, rir ... ☒

Mudança de posição ☐

Andar, correr, saltar... ☒

Repouso, deitada... ☒

Urgência ☐

Outras: enurese noturna

• Frequência

Esforço

Raramente ☐

Por vezes ☐

Frequentemente ☐

Sempre ☒

Urgência

Raramente ☐

Por vezes ☐

Frequentemente ☐

Sempre ☐

• Quantidade

Esforço

Gotas ☒ (repouso)

Esguicho ☒ (rir, andar)

Completas ☐

Urgência

Gotas ☐

Esguicho ☐

Completas ☐

• Tipo:

Esforço ☒ Urgência ☐ Mista ☐ Outra _____

Início da perda: 40 anos

Urgência urinária: Sim ☐ Não ☒

Retenção urinária: Sim ☒ Não ☐

Disúria: Sim ☐ Não ☒

Ingere muitos líquidos: Sim ☐ Não ☒

• Frequência de micção:

Diária: 5/6 vezes

Noturna: 1 vez

• Uso de penso:

Sim ☒ Não ☐

Tipo: grande

Quantos por dia: 3/4

• Fluxo urinário:

Contínuo ☒

Intermitente ☐

Gotejamento ☐

Inicia logo ☒

Início tardio ☐

Faz força ☐

Com ajuda de prensa ☐

INCONTINÊNCIA FECAL OU DE GASES

Perde fezes/gases: Sim ☐ Não ☒

• Situações

Tosse, espirro, rir ... ☐
Mudança de posição ☐
Andar, correr, saltar... ☐
Repouso, deitada... ☐
Urgência ☐

• Frequência

Esforço
Raramente ☐
Por vezes ☐
Frequentemente ☐
Sempre ☐

Urgência

Raramente ☐
Por vezes ☐
Frequentemente ☐
Sempre ☐

• Quantidade

Suja a cueca ☐
Perda parcial ☐
Perda total ☐
Outras _____

• Frequência de evacuação:

Diária: 1 vez
Noturna
Semanal:

• Tipo:

Esforço ☐ Urgência ☐ Mista ☐ Outra _____

Início da perda:

Urgência fecal: Sim ☐ Não ☒

Obstipação: Sim ☐ Não ☒

Hemorroidas: Sim ☐ Não ☒

Dor na evacuação: Sim ☐ Não ☒

• Uso de penso: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Quanto por dia:

• Conteúdo de perda:

Firme ☐
Gasoso ☐
Líquido ☐
Outros _____

• Esvaziamento:

Inicia logo ☒
Início tardio ☐
Com ajuda de prensa ☐
Outros _____

PROLAPSOS PÉLVICOS

Prolapsos: Sim ☐ Não ☒

Órgão: Bexiga ☐ Grau:

Útero ☐ Grau:

Parede vaginal ☐ Grau:

Intestino ☐ Grau:

Outros _____

Há quanto tempo: _____

Dor/desconforto: Sim ☐ Não ☒

• Situações:

Tosse, espirro, rir ... ☐
Mudança de posição ☐
Andar, correr, saltar... ☐
Repouso, deitada... ☐
Outras _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor	Dor leve Não atrapalha as atividades			Dor moderada Atrapalha, mas não impede as atividades			Dor forte ou incapacitante Impede as atividades			Dor insuportável Impede as atividades e causa descontrolo

EXAME FÍSICO

Observação do períneo: Normal ☒ (apresentação vulvar fechada)

Simétrico ☒

Vermelhidão ☐

Corrimento ☐

Cicatriz ☐

Sensibilidade tátil

• Interior das coxas

Ausente ☐

Diminuída ☐

Normal ☒

Exacerbada ☐

Unilateral ☐

Bilateral ☒

• Grandes lábios

Ausente ☐

Diminuída ☐

Normal ☒

Exacerbada ☐

Unilateral ☐

Bilateral ☒

• Fundo das nádegas

Ausente ☐

Diminuída ☐

Normal ☒

Exacerbada ☐

Unilateral ☐

Bilateral ☒

Sensibilidade propriocetiva do períneo

Sente contração ☒ Sente relaxamento ☒

Não sente contração ☐ Não sente relaxamento ☐

Notas: depressão do abdómen corrigida

Efeito da tosse:

• Sem contração do períneo

Com Manobra de Valsalva ☒

Sem Manobra de Valsalva ☐

• Com contração do períneo

Com Manobra de Valsalva ☒

Sem Manobra de Valsalva ☐

• Perda de urina/fezes/gases: Sim ☒ Não ☐

Notas: perda não visível, mas referida pela utente (bexiga esvaziada à menos de 1 hora)

Palpação vaginal

• Dor à palpação: Sim ☐ Não ☒

Notas: palpação bidigital; abaulamento da parede anterior do canal vaginal.

Observação postural

Diminuição da cifose dorsal, ligeiro formato de peito de pombo; aumento da curvatura de transição da coluna lombar para a região sagrada, bacia em bácia anterior, grande proeminência abdominal.

• Força muscular do pavimento pélvico:

Grau I ☐ Grau II + ☒ Grau III ☐ Grau IV ☐ Grau V ☐

Notas: contração de fraca qualidade e sem harmonia muscular; presença de maior défice muscular na parede anterior do canal vaginal; contração mantida por conjunto de picos de força.

Observação do padrão respiratório

- Com respiração abdomino-diafragmática ☐

- Sem respiração abdomino-diafragmática ☒

QUESTIONÁRIOS / ESCALAS DE AVALIAÇÃO

PERFECT: P=2, E=3, R=3, F=3, ECT=11

Manometria – 10mmHg

REAVALIAÇÕES

Foi agendada uma sessão de *follow-up* para um mês após o 1º encontro, à qual a utente não compareceu.

Passados 2 meses desse 1º encontro, entrei em contacto com a utente na tentativa de marcação de uma reavaliação, mas que não foi concretizada.

Ficou-se a aguardar um possível agendamento de *follow-up* por parte da utente.

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA

Restrição da participação / limitações funcionais:

- 1- Diminuição da qualidade de vida, devido ao compromisso a nível higiénico, social, desportivo, profissional e sexual;
- 2- Limitação de atividades do dia a dia, devido ao conhecimento prévio de situações que poderão provocar perda de urina.
- 3- Constrangimento e diminuição de concentração a nível profissional, devido a perdas no local de trabalho.
- 4- Diminuição da qualidade dos relacionamentos sexuais, devido a perda de urina.
- 5- Alterações do padrão de sono, por noctúria e enurese noturna.

Problemas Primários:

- 1- Diminuição da força dos MPP e alterações do tónus de repouso que inibe a abertura do canal uretral, devido a aumento da pressão intra-abdominal (por má postura e obesidade) e a falta de motivação para tratamento.
- 2- Perda de urina em situações de esforço, devido a incapacidade de suporte do conteúdo abdominal e pélvico por parte dos MPP por grande perimetria abdominal e, por sua vez, fraqueza dos MPP.
- 3- Retenção urinária, devido a alterações no funcionamento da bexiga ou de alterações fisionómicas da bexiga e/ou da uretra;
- 4- Noctúria, devido a alterações no funcionamento da bexiga ou a situações comportamentais inadequadas.
- 5- Enurese noturna, devido a alterações do tónus basal que inibe a abertura do canal uretral em situações de repouso.

Problemas Potenciais

- 1- Agravamento das perdas de urina e retrocesso a perdas de gases e, ainda possível início de incontinência fecal, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP;
- 2- Aumento do risco de desenvolvimento de prolapso pélvicos, especialmente de cistocelo, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP e por alterações posturais.
- 3- Aumento do risco de desenvolvimento de infeções do trato urinário, pela alteração do normal funcionamento da bexiga e pelo uso de pensos higiénicos;
- 4- Recurso a pensos higiénicos de maior capacidade de absorção, pelo agravamento da IU.
- 5- Início de disfunção sexual, devido a perdas de urina durante as relações sexuais;
- 6- Diminuição da autoestima e risco de agravamento do quadro de depressão, por incapacidade de resolução da condição;

- 7- Risco de diminuição da ingestão de líquidos, por receio de maior número de perdas;
- 8- Aumento do compromisso a nível social, por agravamento da IU.

Diagnóstico da fisioterapia

- Limitação das atividades da vida diária (que provocam situações de esforço e consequentes perdas de urina), limitação da capacidade laboral e grande comprometimento da qualidade de vida, em todos os parâmetros avaliados, por fraqueza dos músculos do pavimento pélvico, obesidade e presença de um quadro de depressão.

Fatores pessoais e ambientais

Como fatores limitadores, registam-se a idade, a indisponibilidade horária para marcação de tratamentos com supervisão da fisioterapeuta, o historial de cirurgias pélvicas, as alergias, o quadro de depressão e a administração de medicação antidepressiva, o tabagismo moderado a elevado, a obesidade e a falta de prática de atividade física e a inconstante motivação para tratamento. Como facilitadores temos o facto de anteriormente ter já prosseguido um programa de tratamento ao domicílio com alguns resultados satisfatórios e a prática de relações sexuais.

Prognóstico

Dados os fatores limitadores e facilitadores, espera-se uma recuperação lenta, com recuperação total das perdas de urina, sem limitações nas atividades diárias ou compromisso da qualidade de vida, apenas possível pelo empenho, motivação e adesão a um programa de treino dos MPP com caráter domiciliar.

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

Curto / médio prazo (para avaliação no follow-up dentro de 4 semanas)

- 11- Aumento da qualidade e da harmonia da contração dos MPP, através da promoção da consciencialização e do treino de fortalecimento dos MPP, avaliado por palpação vaginal;
- 12- Diminuição das perdas de urina em situações de esforço, pelo fortalecimento dos MPP e pela aplicação de um programa educacional, avaliado por feedback da utente, por palpação vaginal e por perineometria;
- 13- Diminuição da dependência do uso de pensos de grande absorção e facilitação da realização das tarefas diárias, por diminuição das perdas de urina, treino de fortalecimento dos MPP e aplicação de um programa educacional;
- 14- Promoção de uma postura mais adequada, na posição de sentada e de pé, através de técnicas de consciencialização postural, avaliada por observação;
- 15- Promoção da respiração de padrão abdomino-diafragmático, através de técnicas de consciencialização respiratória, avaliada por observação;
- 16- Promoção da supressão da retenção urinária, da noctúria e da enurese noturna, pela aplicação de um programa educacional, avaliado por feedback da utente;
- 17- Promoção da motivação/adesão ao tratamento, assim como o interesse pela correta forma de participar, através de feedback verbal do fisioterapeuta;

Longo prazo

- 18- Promoção da melhoria da qualidade de vida, através da melhoria da condição da utente, em 2 meses;
- 19- Redução significativa a supressão das perdas de urina, pelo fortalecimento dos MPP e pela aplicação de um programa educacional, em 4 meses;
- 20- Reforço da consciencialização da manutenção de posturas adequadas e de um adequado padrão respiratório.
- 21- Reforço na promoção da motivação/adesão ao tratamento de forma contínua, para manutenção dos resultados ao longo do tratamento.

PLANO DE TRATAMENTO

- Reforço dos conhecimentos acerca do aparelho urinário e da fisiologia e etiologia da IU;
- Ensino para a correta contração e relaxamento musculares, com especial atenção aos momentos respiratórios;
- Aplicação de um programa de treino para fortalecimento dos MPP de carácter domiciliário e para execução autónoma;
 - Realização de exercícios com feedback de um espelho ou do parceiro sexual;
- Aplicação de um programa educacional, com o reforço de indicações para a adoção de estratégias comportamentais e de prevenção de perdas e de situações de noctúria ou retenção urinária;
- Correção postural e do padrão respiratório;
- Alerta para uma condição que poderá acompanhar a utente em toda a sua vida e criação de estratégias de manutenção do tratamento de forma contínua.
- Alerta para perda de peso associada à prática de exercício físico e ao trabalho muscular abdominal
- Referenciação para acompanhamento nutricional

Apêndice III - Registos do terceiro caso

Avaliação Individual Inicial														
Utente	Idade	Perdas	Situação	Frequência	Forma	Sintomas urinários	Prolapso	Penso	Partos	Teste da tosse	↑ volume abdominal	Grau MPP	Perineometria cont rápidas/mantidas	Index
UA	42	Urina	T, E, R	Frequente/	Esguicho	Retenção	Não	Diário	0	MV c/ e s/ contração	Sim	II	6 mmHg 8 mmHg	2,69 (1-4)
UB	44	Urina	T, E e R U	Sempre Por vezes	Esguicho Gotas	Urgência, noctúria e gotejamento miccional	Não	Médio	1 (fórceps + episiotomia) 2011	MV c/ e s/ contração	Sim	II+ pior na parede anterior	8 mmHg	2,82 (1-4)
UC	42	Urina	T,E, R, A, C, S e M	Frequente/	Esguicho	Retenção e enurese noturna	Não	Médio	0	MV c/ e s/ contração	Não	III	12mmHg 15mmHg	1,91 (1-4)
UD	48	Urina Gases e fezes	T, E, R, A, S e C U	Por vezes Raramente	Esguicho Suja a cueca	Retenção	Não	Não (passa o dia em casa - <i>sic</i>)	1 (ventosa + episiotomia) 1998	MV c/ e s/ contração	Não	III	12 mmHg 8 mmHg	2 (1-5)
UE	35	Urina Gases	T, E, R, A, C, S e P U T, E, R e A	Frequente/ Por vezes Por vezes	 Gotas	 Urgência e retenção	 Útero grau I	 Diário	 2 (fórceps + ventosa + episiotomia); 2006 e 2011	 MV c/ e s/ contração	 Não	 II+	 8 mmHg	 2,62 (1-5)

Tabela 1. Resumo das avaliações individuais iniciais. T – tossir; E – espirrar; R – rir; U – urgência; A – andar; C – correr; S – saltar; M – mudança de posição; P – pegar em pesos; MV – manobra de valsalva. Index – Index de perdas de urina durante as atividades físicas (intervalo entre “()” representa o intervalo de respostas obtidas)

	Quantidade de urina (ml)		Quantidade por micção (ml)		Frequência urinária diurna		Frequência urinária noturna		Noctúria		Número de perdas por dia		Número de mudanças de penso por dia		Ocasões das perdas		Quantidade de líquidos ingerida (ml)	
	Antes	Depois	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
UA	2166,67	1500	405,58	298,81	5,33	4	1,33	1,33	0	0	1,67	1,67	2	2	T, C, A e E	C, S e A	1533,67	1233,33
UB	423,33	1023,3	56,97	149,02	5,33	5	2,33	2,33	1,33	0	5	4,67	7	4	A, U (Asp e PF), E e T	U (Asp e PF), T e E	858,33	830
UC	1966,66	1916,67	323,97	322,7	3,67	3,33	2,33	2,67	0	0	4	0,67	2	0,33	E, T, L, M e D	D	1666,66	1245
UD	1203,33	1035,45	275,28	323,54	3,33	5,3	1	1	0	0	1,33	0,33	0	0	E, C e T	T, E e C	816,67	1114,34
UE	750	720	72,37	93,75	5,33	6	2,67	4	0	0	3	0,67	3,33	0,33	T, P e R	P	1360	1253,33
Média	1302	1239,08	226,83	237,56	4,2	4,73	1,93	2,27	0,27	0	3	1,6	2,87	1,33			1247,07	1135,2

Tabela 2. Resumo e comparação dos resultados dos diários miccionais. A - andar; T - tossir; R - rir; E - espirrar; C - correr; S - saltar; U - urgência; Asp - aspirar; PF - passar a ferro; L - levantar; D - dormir; P - pegar em pesos

	Percepção geral de saúde		Impacto da incontinência		Limitações das atividades diárias		Limitações físicas		Limitações sociais		Relações pessoais		Emoções		Energia / sono		Medidas de gravidade	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
UA	25,00	0,00	66,67	66,67	50,00	16,67	66,67	50,00	22,22	11,11	16,67	0,00	22,22	22,22	33,33	16,67	58,33	58,33
UB	75,00	50,00	100,00	33,33	100,00	66,67	66,67	50,00	77,78	44,44	66,67	33,33	100,00	33,33	50,00	0,00	100,00	25,00
UC	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	22,22	11,11	NR	NR	33,33	22,22	0,00	0,00	66,67	58,33
UD	50,00	50,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	16,67	11,11	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	33,33	50,00	33,33
EU	75,00	25,00	100,00	33,33	83,33	33,33	66,67	33,33	66,67	33,33	83,33	33,33	77,78	33,33	33,33	16,67	75,00	41,67
Valor mínimo	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	22,22	22,22	0,00	0,00	50,00	25,00
Valor máximo	75,00	50,00	100,00	66,67	100,00	66,67	66,67	50,00	77,78	44,44	83,33	33,33	100,00	33,33	50,00	33,33	100,00	58,33
Média	45,00	25,00	66,67	40,00	46,67	23,33	46,67	30,00	40,00	20,00	41,67	16,67	53,33	28,89	30,00	13,33	70,00	43,33

**Tabela 3. Comparação dos scores do *King's Health Questionnaire*.
A – antes da participação na classe; D – depois da classe.**

Avaliação individual final															
Utente	Idade	Perdas	Situação	Frequência	Forma	Sintomas urinários	Prolapso	Penso	Partos	Teste da tosse	↑ volume abdominal	Grau MPP	Perineometria cont rápidas/mantidas	Index	Notas (sic)
UA	42	Urina	T, E, R, A, C e S	Por vezes	Gotas	Retenção	=	Diário	=	MV s/ contração	Sim	III	16 mmHg	2,53 (1-4)	Constipação e ↑ consumo líquidos durante a classe
UB	44	Urina	T, E, R e U	Por vezes Raramente	Gotas	Urgência	=	Diário	=	Não há MV	Sim	IV boa harmonia	20 mmHg 22 mmHg	1,55 (1-2)	↓ perdas, ↓ quantidade, mantém-se urgência a passar ferro
UC	42	Urina	A, C, S e P	Raramente	Gotas	Enurese noturna	=	Diário	=	Não há MV	Não	IV+	36mmHg 40 mmHg	1,55 (1-3)	↓ perdas, ↓ quantidade, ↑ força, knack
UD	48	Urina Gases	T, E e C U	Por vezes Raramente	Gotas		=	Não	=	MV s/ contração	Não	IV boa harmonia	24 mmHg	1,8 (1-4)	↓ perdas, ↓ quantidade, ↑ força
UE	35	Urina Gases	R A	Raramente Por vezes	Gotas	Urgência	=	Não	=	Não há MV	Não	IV boa harmonia	26 mmHg 22mmHg	1,62 (1-2)	↓ perdas, ↓ quantidade, ↑ força, knack

Tabela 4. Resumo das avaliações individuais finais. T – tossir; E – espirrar; R – rir; U – urgência; A – andar; C – correr; S – saltar; P – mudança de posição; MV – manobra de valsalva. Index – Index de perdas de urina durante as atividades físicas (intervalo entre “()” representa o intervalo de respostas obtidas)

**FICHA DE REGISTO DA CLASSE DE REEDUCAÇÃO
POSTURAL E DO PAVIMENTO PÉLVICO**

**MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – UROGINECOLOGIA**

EXAME SUBJETIVO

PRINCIPAIS QUEIXAS

Perda de urina, de fezes e de gases de forma involuntária.

OBJETIVOS E EXPECTATIVAS DE TRATAMENTO

Diminuir e suprimir as perdas de urina/fezes/gases. Aumentar a autoestima.

HISTÓRIA CLÍNICA

As 5 utentes foram rebuscadas da lista de espera, com intervalos de tempo de espera variável entre novembro de 2011 e agosto de 2012. Na altura foram reencaminhadas pela consulta de Uroginecologia ou por parto distócico. Todas elas já tinham frequentado as classes de ensino e feito avaliações individuais anteriormente, como tal já tinham conhecimento teórico acerca dos MPP e do seu treino. Têm uma média de idades de 42,2 (35-48) e todas com presença de incontinência urinária de esforço. Existem casos de incontinência urinária de urgência e de incontinência de gases e/ou de fezes, ainda que de forma ligeira.

As situações de perda de urina, de uma forma geral, deviam-se a tosse, espirros, riso, andar ou a correr, avaliadas como bastante frequentes. Em alguns parâmetros dos seus quadros clínicos, as utentes referiram melhorias devido aos ensinamentos transmitidos na classe de ensino já frequentada, mas também piorias, devido à falta de compromisso com o plano de treino dos MPP. Quatro das 5 utentes, têm perdas sob a forma de esguicho e têm elevada dependência do uso de pensos higiénicos.

Em todas elas, existe pelo menos um sintoma urinário de entre: retenção urinária, urgência urinária, gotejamento miccional, enurese nocturna ou noctúria.

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

Apenas 2 das 5 utentes não têm história de gravidez, sendo que as restantes 3 tiveram partos distócicos por ventosa e/ou fórceps e episiotomias preventivas.

Uma das participantes apresenta um prolapso do útero de grau I, detetado pela ginecologista após o último parto.

EXAME FÍSICO

Não alterações significativas à observação do períneo, nem ao teste da sensibilidade tátil. Todas as utentes aceitaram realizar a palpação vaginal, a qual decorreu normalmente em todos os casos.

A maioria das participantes teve problemas em distinguir e perceber as diferentes fases de contração e relaxamento musculares, apresentando algum nível de descoordenação motora.

Todas as utentes apresentaram manobra de Valsalva às duas versões do teste da tosse. Duas delas apresentam um aumento da perimetria abdominal

Quanto à força dos MPP, pela escala de Oxford obteve-se valores entre o grau II e o III e pela perineometria, para contrações rápidas, valores entre os 6 e os 12 mmHg, para contrações mantidas valores entre os 8 e os 15 mmHg.

Relativamente ao índice de perdas de urina durante as atividades físicas foi obtida uma média de 2,41 (1,91 – 2,82), correspondente a um nível entre “raramente” e “por vezes”.

Quanto ao diário miccional e o questionário da qualidade de vida percecionada (*King's Health Questionnaire*), os resultados iniciais e finais estão representados, acima, nas tabelas 2 e 3, respetivamente.

Acima, a tabela 1 resume os pontos-chave da avaliação individual inicial.

REAVALIAÇÕES

Em todas as sessões era dado espaço ao esclarecimento de dúvidas e eram também colocadas questões sobre o seu dia a dia, a sua adesão ao plano de tratamento e o reconhecimento de melhorias, as quais com o decorrer das sessões foram cada vez notórias e mais estimulantes, tanto para a própria utente, como para as outras participantes, uma vez que se formou um grupo unido e com bastante entre-ajuda.

Mais especificamente, houve apenas 2 momentos de avaliação – o inicial e o final. Acima, a tabela 4 resume os pontos-chave da avaliação individual final.

Nesse momento final de avaliação, não houve alterações quanto à observação do períneo e à sensibilidade tátil. Não foi registada dor ou desconforto à palpação vaginal e todas as utentes conseguiam facilmente percecionar as fases de contração e de relaxamento musculares, as quais eram já bastante claras, tanto à palpação, como por perineometria.

Relativamente ao teste da tosse, registaram-se bastantes melhorias, havendo apenas 2 casos em que ainda persistia a manobra de valsalva quando não era feita a contração dos MPP associada à tosse.

Quanto à força dos MPP, pela escala de Oxford obteve-se valores entre o grau III e o IV+ e pela perineometria, para contrações rápidas, valores entre os 16 e os 36 mmHg, para contrações mantidas valores entre os 16 e os 40 mmHg.

Relativamente ao índice de perdas de urina durante as atividades físicas foi obtida uma média de 1,81 (1,55 – 2,53), correspondente a um nível entre “nunca” e “raramente”.

Também a sintomatologia urinária era menos evidente em todas as utentes e as situações, a frequência e a forma das perdas modificou-se positivamente.

Houve uma redução ao recurso a pensos higiénicos, visível pela diminuição da capacidade de absorção dos pensos ou mesmo pelo deixar de usar.

Todas as participantes referiram sentir-se melhor consigo próprias e mais confiantes. Todas desejavam continuar as sessões da CRPPP, mais não seja pela boa interação entre o grupo (*sic*).

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA

Restrição da participação / limitações funcionais:

- 1- Diminuição da qualidade de vida, com restrições a nível pessoal e social e comprometimento profissional e higiénico;
- 2- Limitação de atividades do dia a dia, devido ao conhecimento prévio de situações que poderão provocar perdas, quer de urina, de gases ou de fezes;
- 3- Constrangimento e preocupação com os pensos higiénicos, com idas frequentes à casa-de-banho, quer para a sua verificação, quer para urinar, evitando um caso de maior quantidade de urina perdida;
- 4- Diminuição da prática de atividade física pelo receio de perdas;
- 5- Alterações dos padrões de sono, por noctúria e enurese noturna.

Problemas Primários:

- 1- Diminuição da força dos MPP, com alterações nos parâmetros da quantidade e da qualidade das contrações;
- 2- Diminuição da coordenação entre o aumento da pressão intra-abdominal e o adequado encerramento dos esfíncteres da uretra.
- 3- Alterações no funcionamento e coordenação entre as fases de esvaziamento e de armazenamento vesicais, conduzidas pela inadequada funcionalidade entre o músculo detrusor e o esfíncter externo da uretra, por aumento da sensibilidade vesical ou por incapacidade de controlo da ação vesical, levando à presença de sintomatologia urinária.
- 4- Alterações do tónus de repouso que iniba a abertura do canal uretral em situações de esforço/aumento da pressão intra-abdominal e que permita o correto suporte do órgãos pélvicos;
- 5- Perda de urina, de gases e de fezes, devido a fraqueza dos MPP, a diminuição da coordenação e da propriocepção da contração/relaxamento dos MPP, a diminuição do tónus basal muscular em torno dos esfíncteres e a aumento da perimetria abdominal;

Problemas Potenciais

- 1- Agravamento das perdas de urina, de gases e de fezes, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP;
- 2- Aumento do risco de desenvolvimento de prolapsos pélvicos, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP e por alterações posturais.
- 3- Aumento do risco de desenvolvimento de infeções do trato urinário, pela alteração do normal funcionamento da bexiga e pelo recurso a pensos higiénicos;
- 4- Recurso a pensos higiénicos de maior capacidade de absorção, pelo agravamento da IU.
- 5- Diminuição da autoestima e princípio de quadro de depressão, por incapacidade de resolução da condição;
- 6- Risco de diminuição da ingestão de líquidos, por receio de maior número de perdas;
- 7- Aumento do compromisso na qualidade de vida, por agravamento das incontinências.

Diagnóstico da fisioterapia

- Limitação das atividades da vida diária (que provocam situações que levam a incontinência), da qualidade de vida e da capacidade laboral, com grande comprometimento da qualidade de vida, em todos os parâmetros avaliados.

Fatores pessoais e ambientais

Como fatores pessoais limitadores, registam-se a diminuição da perceção das fases de contração e relaxamento dos MPP e a baixa capacidade física. Como facilitadores temos a idade e a motivação das utentes, a homogeneidade do grupo em termos de quadro clínico, o facto de já terem conhecimentos acerca do tratamento da incontinência, com alguns resultados satisfatórios, a prática de relações sexuais

Prognóstico

Dada a confiança e motivação do grupo, espera-se uma adesão que leve a melhorias significativas (mas sem recuperação total) ao nível das incontinências (com alteração dos padrões das perdas, da frequência e da forma de perda). Espera-se também a recuperação ao nível de alguma sintomatologia urinária presente e a diminuição do compromisso da qualidade de vida e das atividades do quotidiano.

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

Curto prazo / médio prazo (até ao final da classe):

- 1- Aumento da qualidade e da harmonia da contração dos MPP, através da promoção da consciencialização e do treino de fortalecimento dos MPP, avaliado por palpação vaginal;
- 2- Promoção da consciencialização dos MPP e das fases de contração e relaxamento, através da observação de um espelho, por palpação vaginal e por perineometria;

- 3- Diminuição das incontinências, pelo fortalecimento dos MPP e pela aplicação de um programa educacional, avaliado por feedback da utente, por palpação vaginal e por perineometria;
- 4- Diminuição da dependência do uso de pensos de grande absorção e facilitação da realização das tarefas diárias, por diminuição das perdas de urina, treino de fortalecimento dos MPP e aplicação de um programa educacional;
- 5- Promoção de uma postura mais adequada, nas posições estáticas e dinâmicas, através de exercícios de consciencialização postural, que promovam o correto posicionamento da bacia e dos órgãos pélvicos, avaliada por observação;
- 6- Promoção da respiração de padrão abdomino-diafragmático, através de técnicas de consciencialização respiratória, avaliada por observação;
- 7- Promoção da supressão da sintomatologia urinária, pela aplicação de um programa educacional, avaliado por feedback da utente;
- 8- Promoção da motivação/adesão ao tratamento, tanto durante as sessões como a nível domiciliário, através de feedback verbal do fisioterapeuta;
- 9- Promoção da partilha de experiências entre as utentes.

Médio/longo prazo (após as classes)

- 10- Promoção da melhoria da qualidade de vida, através da melhoria da condição das utentes;
- 11- Supressão das situações de incontinência, pelo contínuo trabalho de fortalecimento dos MPP e pela aplicação do programa educacional, em 3 meses;
- 12- Reforço da consciencialização da manutenção de posturas adequadas e de um adequado padrão respiratório.
- 13- Reforço na promoção da motivação/adesão ao tratamento de forma contínua, para manutenção dos resultados ao longo do tempo.

PLANO DE TRATAMENTO

- Reforço dos conhecimentos acerca do aparelho urinário e da fisiologia e etiologia da IU;
- Ensino para a correta contração e relaxamento dos MPP, com especial atenção aos momentos respiratórios;
- Aplicação de um programa de treino para fortalecimento dos MPP, ao nível da classe e a nível domiciliário;
 - Aumento gradual da dificuldade dos exercícios
 - Alternância de posições
- Aplicação de um programa de exercícios que vise a reeducação e a correção postural;
- Aplicação de um programa educacional, com o reforço de indicações para a adoção de estratégias comportamentais e de prevenção de perdas e para alteração do funcionamento vesical, modificando situações de retenção ou de urgência urinárias, enurese noturna, noctúria ou gotejamento miccional;
- Alerta para uma condição que poderá acompanhar a utente em toda a sua vida e criação de estratégias de manutenção do tratamento de forma contínua e os resultados ao longo do tempo.

Anexo I - Diário miccional de 3 dias

DIÁRIO MICCIONAL – A PREENCHER DURANTE OS 3 DIAS APÓS A ENTREGA
 (que se realizou no dia ____/____/____ pela Fisioterapeuta _____)

1º DIA ____/____/____

2º DIA ____/____/____

Horas	Quantidade de Urina (ml)	Perda de Urina / Razão	Mudança de penso	Líquido Ingerido	
				Quantidade (ml)	Tipo de Bebida
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					
5					

Horas	Quantidade de Urina (ml)	Perda de Urina / Razão	Mudança de penso	Líquido Ingerido	
				Quantidade (ml)	Tipo de Bebida
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					
5					

3º DIA ____/____/____

Horas	Quantidade de Urina (ml)	Perda de Urina / Razão	Mudança de penso	Líquido Ingerido	
				Quantidade (ml)	Tipo de Bebida
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					
5					

A PREENCHER PELA FISIOTERAPEUTA

RESUMO DO DIÁRIO MICCIONAL

De ____/____/____ a ____/____/____

Média – Quantidade de Urina	
Média – Frequência Urinária Diurna	
Média – Frequência Urinária Noturna	
Média – Nº de perdas de urina nos 5 dias	
Ocasão em que perdeu urina	
Média – Nº de mudas de penso por dia	
Motivos para a mudança de penso	
Média – Quantidade de Líquidos ingeridos por dia	
Tipos de líquidos ingeridos	

CONCLUSÃO: _____

FISIOTERAPEUTA: _____

DATA: ____/____/____

Anexo II - Questionário de perdas de urina durante as atividades físicas



Maternidade
Dr. Alfredo da Costa

Idade: _____ Profissão: _____
Data da 1ª avaliação individual: ____/____/____

Identificação do Utente

Nº Processo _____

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____

PERDA DE URINA DURANTE AS DIFERENTES ACTIVIDADES FÍSICAS

Actividades	Nunca 1	Raramente 2	Por vezes 3	Frequente/ 4	Sempre 5
Espirrar					
Tossir					
Rir					
Passar de deitado / sentado					
Passar de sentado / pé					
Andar em terreno plano					
Subir rampas					
Descer rampas					
Saltar com as pernas juntas					
Saltar abrir e fechar pernas					
Correr					
Pegar em pesos					
Movimentos rápidos / súbitos					

Total: : = Índice de perda

Anexo III - King's Health Questionnaire

Utente: _____ N.º Processo: _____

Data: _____

Quando responder a estas perguntas tenha em mente a sua experiência nas 2 últimas semanas.

1. Como descreveria a sua saúde no presente?

Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐

2. Como é que pensa que o seu problema de bexiga afecta a sua vida?

De maneira nenhuma ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐

Abaixo estão algumas actividades que podem ser afectadas pelos problemas de bexiga.

Quanto é que o seu problema de bexiga a afecta?

Gostaríamos que respondesse a todas as questões. Por favor responda em relação às 2 últimas semanas. Escolha simplesmente a resposta que se aplica a si.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
3. Até que ponto o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas diárias (limpezas, compras, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O seu problema de bexiga afecta a sua profissão ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas (dar um passeio, correr, ginástica, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
6. O seu problema de bexiga afecta as suas capacidades de viajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O seu problema de bexiga afecta a sua vida social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. o seu problema de bexiga limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	N/R	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
9. O seu problema de bexiga afecta a relação com o seu companheiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
12. O seu problema de bexiga fá-la sentir deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O seu problema de bexiga fá-la sentir ansiosa ou nervosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O seu problema de bexiga fá-la sentir-se mal consigo própria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. O seu problema de bexiga afecta o seu sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sente-se cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Usa pensos higiénicos para se manter seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19. Muda a sua roupa interior quando fica molhada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Preocupa-se no caso de cheirar mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Fica embaraçada por causa do seu problema de bexiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anexo IV - Cronograma da classe de reeducação postural e do pavimento
pélvico**

Semana	Atividade
1ª semana	Avaliação inicial individual das participantes Entrega do diário miccional Entrega e preenchimento do questionário de perdas de urina durante as atividades físicas e do <i>King's Health Questionnaire</i>
2ª semana	1ª sessão de grupo Receção do diário miccional preenchido Reforço de conhecimentos relativos à fisiologia da micção, à IU e aos MPP Prática de exercícios do carácter postural e de treino dos MPP Esclarecimento de dúvidas
3ª semana	2ª sessão de grupo Prática de exercícios do carácter postural e de treino dos MPP Esclarecimento de dúvidas
4ª semana	3ª sessão de grupo Prática de exercícios do carácter postural e de treino dos MPP Aumento da dificuldade dos exercícios Esclarecimento de dúvidas
5ª semana	4ª sessão de grupo Prática de exercícios do carácter postural e de treino dos MPP Esclarecimento de dúvidas
6ª semana	5ª sessão de grupo Prática de exercícios do carácter postural e de treino dos MPP Aumento da dificuldade dos exercícios Esclarecimento de dúvidas
7ª semana	6ª sessão de grupo Prática de exercícios do carácter postural e de treino dos MPP Entrega e preenchimento do questionário de qualidade e satisfação das classes de reeducação postural e do pavimento pélvico e do <i>King's Health Questionnaire</i> Entrega do diário miccional Esclarecimento de dúvidas
8ª semana	Avaliação final individual das participantes Receção do diário miccional preenchido

Tabela 5. Cronograma das CRPPP)

Anexo V - Artigo: “Impact of supervised and unsupervised physiotherapy for treatment of female stress urinary incontinence”

Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence

Urogynecology and Vaginal Surgery Sector, Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), São Paulo, Brazil

■ Miriam Raquel Diniz Zanetti
■ Rodrigo de Aquino Costa
■ Adriana Lyrio Botto
■ Patricia Diniz dos Santos
■ Marcel Sorbri
■ Manoel João Batista Costello Gêdo

INTRODUCTION

According to the World Health Organization (WHO), urinary incontinence affects more than 200 million people all over the world, and it is considered to be a public health problem.¹ The incidence of this problem is believed to be underestimated, since many women do not seek treatment because they feel embarrassed about it. Guarini et al.² observed that only 59% of the female patients presenting urinary incontinence looked for medical help. Stress urinary incontinence (SUI), which is defined as urinary leakage from the external urethral orifice associated with stress or effort, is the most common form of the disorder.³

There are several factors involved in the physiopathology of urinary incontinence. Among these are the extra-abdominal topography of the bladder neck, presence of a functionally short urethra, hypotestrogenism and lesions in the sphincter mechanism, pudendal nerve, fasciae and muscles of the pelvic floor.⁴

The levator ani, which is the main muscle on the pelvic floor, is composed of 70% type I fibers, responsible for slow contraction, and 30% type II fibers, responsible for fast contraction.^{5,6} In SUI, there is a decrease in the number of fast twitch fibers.⁷ Moreover, it has been observed that aging leads to reductions not only in the numbers of type I and II fibers, but also in their diameter, thus increasing the prevalence of SUI among older women.⁸

Clinical treatment for SUI is becoming more popular because of its excellent results, few collateral effects and decreased surgical and hospital costs.⁹ Perineal exercises are widely recommended, since they do not present any collateral effects.⁹

There is no consensus in the data in the literature regarding the number of repetitions, length of the contractions, or frequency/dur-

tion of pelvic floor exercise treatment. Because of the anatomical and functional differences observed among women, the standardization of this therapy is inadequate. Furthermore, approximately 30% of women are unable to contract the muscles in the pelvic floor correctly,¹⁰ and guidance from a specialized professional may improve the results from this kind of treatment.

OBJECTIVE

The objective of the present study was to compare the results from treating stress urinary incontinence in women using exercises to strengthen the pelvic floor muscles, with or without the aid of a physiotherapist.

METHODS

The present study was performed in the Urogynecology and Vaginal Surgery Sector of Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM) from June 2001 to July 2003, after the project had been approved by the Unifesp-EPM Research Ethics Committee.

After reading and signing the free and informed consent statement, 44 women were selected for the study. They presented stress urinary incontinence in accordance with the International Continence Society definition (2002). The diagnosis was confirmed by means of urodynamic testing.

As a criterion for inclusion in the study, urinary leakage needed to have been observed during physical examination. Postmenopausal patients needed to have been on topical hormone replacement therapy for no less than three months. Patients presenting any kind of disorder affecting muscle or nerve tissues, or genital bleeding, pregnancy, urinary tract infection, vulvovaginitis, genital prolapse beyond the hymen, atrophic vaginitis or cardiac pacemakers were excluded from the study. The patients included underwent individual physiotherapeutic

ABSTRACT

CONTEXT AND OBJECTIVE: Urinary incontinence is a public health problem that affects more than 200 million people worldwide. Stress incontinence is the most prevalent type. Pelvic floor muscle exercises have been used for treating it, although there is no consensus regarding their application. The aim of this study was to compare the results from treating female stress urinary incontinence with pelvic floor muscle exercises with or without physiotherapist supervision.

DESIGN AND SETTING: This was a randomized, prospective, controlled trial in the Urogynecology and Vaginal Surgery Sector, Universidade Federal de São Paulo.

METHODS: Forty-four women were randomized to be treated for stress urinary incontinence with pelvic floor exercises for three consecutive months, into two groups: one with and the other without physiotherapist supervision. They were evaluated before and after treatment using a quality-of-life questionnaire, pad test, micturition diary and subjective evaluation. Descriptive analysis was used to evaluate the population. The homogeneity of the two groups was evaluated using the Kruskal-Wallis and Chi-squared tests. The success of the two groups after treatment was evaluated using the Wilcoxon test.

RESULTS: The supervised group showed statistically greater improvement in the pad test, micturition diary and quality of life than did the control group. In the subjective evaluation, only 23.8% of the control group patients were satisfied with their treatment. In the supervised group, 66.8% of patients did not want any other treatment.

CONCLUSION: Supervised pelvic floor muscle exercises presented better results in objective and subjective evaluations than did unsupervised exercises.

KEY WORDS: Urinary Incontinence. Pelvic Floor. Physical therapy (Specialty). Exercises. Rehabilitation.

evaluation to assess their pelvic floor strength by means of bidigital examination during perineal contraction without the association of gluteal and/or adductor muscles, in accordance with Sampelle et al.¹¹

The patients were divided into two groups, in a stratified randomized manner, using a computer-generated random number table.¹² The patients in both groups were instructed to perform the same sequence of exercises daily, repeated in the orthostatic, sitting and supine positions, for 12 consecutive weeks. The groups were constituted as follows:

- Group A: supervised perineal exercises – 23 patients who performed perineal exercises under guidance from a physiotherapist (twice a week, for 45 minutes).
- Group B: unsupervised perineal exercises (control group) – 21 patients who performed perineal exercises at home with monthly assessment from a physiotherapist.

The sequence of contractions of the pelvic floor was as follows: 10 repetitions of five-second hold contractions with five seconds of recovery; 20 repetitions of two-second hold contractions with two seconds of recovery; 20 repetitions of one-second hold contractions with one second of recovery; and five repetitions of 10-second hold contractions with 10 seconds of recovery followed by 5 repetitions of strong contractions together with a cough, with one-minute intervals between each set. At the beginning of each session, general joint warm-up exercises were performed, and at the end of the session, stretching of the hip, adductors, hamstrings and paravertebral muscles were performed.

Once a month, the same physiotherapist evaluated the pelvic floor muscle strength in both groups, by means of bidigital examination, and classified it from zero to five in accordance with Sampelle et al.¹¹ The pa-

tients were also asked about any difficulties in performing the exercises. They were then informed about their evolution and encouraged to continue the treatment.

In order to evaluate the treatment results, the following were used before and three months after starting the treatment: seven-day urinary diary (micturition diary), one-hour pad test (considered positive when values greater than two grams were obtained) and the Incontinence Quality-of-Life Questionnaire (I-QoL).^{13,14} The use of these instruments has been suggested by the Standardization Subcommittee of the International Continence Society, i.e. women's observations, quantification of symptoms, clinicians' observations, quality of life, and socioeconomic measurements.¹⁵

The I-QoL questionnaire is composed of 20 questions evaluating the limitations on human behavior, the psychosocial impact and the social embarrassment due to urinary incontinence causes. The responses are given scores of between 1 and 5 points and these are summed and converted into a percentage. The higher the percentage is, the better the quality of life is.¹⁶

Self-assessment (subjective evaluation) after treatment was also used, to take into consideration the patients' satisfaction with their therapy. The women who were satisfied with it said they did not want any other treatment for incontinence. The women who did not report any improvement, and also those who reported improvements but wanted other treatments, were considered to be unsatisfied.

Data analysis was performed by means of the SAS software, version 8.2. Descriptive and inferential analyses were then carried out. The Mann-Whitney and chi-squared frequency tests were used to assess group homogeneity. Analysis of the variables that measured the therapeutic success in each group, before and after the physiotherapeutic intervention, was performed by means of the Wilcoxon signed-rank test for paired data with a significance level of 0.05.

RESULTS

The groups were homogeneous in relation to race, age, menopausal status, length of time with symptoms, number of pregnancies, number of deliveries, urinary incontinence surgery and body mass index, as demonstrated in Table 1. The pad test, I-QoL and urinary diary results were similar in the two groups before treatment (Table 2). Thus, any difference observed may have been exclusively related to the different treatments used.

There was a significant increase in the quality of life of patients who were supervised, from before the treatment to after three months of

Table 1. Distribution of the groups before treatment (control and supervised pelvic floor muscle exercises, PFME), according to demographics and clinical characteristics

Variable	Category	Control (n = 21)	Supervised PFME (n = 23)	p-value*
Race	Caucasian	12	14	0.802*
	Non-Caucasian	9	9	
Age (years)	Median	54	56	0.9344†
Menopausal status	No	9	11	0.741*
	Yes	12	12	
Length of time with symptoms (years)	Median	5	5	0.7754†
Number of pregnancies	Median	4	4	0.2641†
Number of vaginal deliveries	Median	3	2	0.9716†
Number of caesarean deliveries	Median	1	0	0.0973†
Surgery	No	17	19	0.999†
	Yes	4	4	
Body mass index (BMI)	Median	25.1	25	0.4881†

*Chi-squared test; †Mann-Whitney test

Table 2. Comparison of results: incontinence quality-of-life questionnaire (I-QoL), pad test and micturition diary for control and supervised pelvic floor muscle exercises (PFME) groups

Variable	Category (median)	Unsupervised PFME (Control)	Supervised PFME	p value†
I-QoL (points)	Before treatment	82	69	0.3717
	After treatment	79	89	0.0456
	p value*	0.2731	0.0001	
Pad test (g)	Before treatment	24.7	20.1	0.8508
	After treatment	15	3.2	0.0018
	p value*	0.0475	0.0002	
Micturitions per day	Before treatment	11.0	7.0	0.4939
	After treatment	10.0	1.0	0.0002
	p value*	0.0396	< 0.0001	

*Paired Wilcoxon test; †Mann-Whitney test

treatment. When the groups were compared, it was observed that the patients who performed supervised pelvic floor exercise presented a significantly greater increase in quality of life than did the control group (Table 2).

In the pad test, it was observed that only two women (9.5%) in the control group presented negative results (i.e. urine leakage of not more than two grams). In the supervised exercise group, 11 women (48%) presented negative results. There was a significant decrease in the weight of the pads after treatment, for both groups. However, in the analysis between the groups, it was observed that the supervised group presented a greater reduction in pad weight than did the control group (Table 2).

Analysis of the urinary diary showed that there was a significant decrease in urine leakage episodes in both groups after three months of treatment. When the groups were compared, this decrease was found to be more significant in the group that was guided by a physiotherapist while exercising (Table 2).

Figure 1 shows the variable of urine leakage over the 90 days of treatment. It can be seen that there was a greater decrease in the number of urine leakage episodes in the supervised group.

Most of the patients who exercised under supervision reported that they did not want any other kind of treatment at the end of the study (they were considered to be satisfied with their treatment). This contrasted with the findings from the self-assessments of the unsupervised group, as shown in Figure 2.

DISCUSSION

Among the techniques used for treating patients with stress urinary incontinence, pelvic floor exercises are the most common therapy, and these may be indicated as a single treatment or associated with other therapies such as electrotherapy, vaginal cones, biofeedback or bladder training. In some studies, strengthening of the pelvic floor was performed under the supervision of a physiotherapist. Supervision was required because many patients give up exercising when not supervised by a qualified professional.^{10,16}

Bo et al.¹⁰ divided 52 patients presenting SUI into two random groups: one group underwent intensive perineal exercises and the other exercised at home, both for six months. For the first group, the pad test gave a weight of 27 grams before treatment and 7.1 grams after it, while for the at-home exercise group, the weight only decreased from 29.3 to 22 grams.

In the present study, both groups presented better results than those reported by Bo et al.¹⁰ However, the at-home exercise group also presented a significant improvement. This difference may be due to the fact that, in our study, differing from that of Bo et al.,¹⁰ all the patients were instructed to perform exactly the same set of exercises.

In 1997, Wong et al.¹⁷ treated 47 women, placing them randomly in two perineal exercise groups: the intensive group, which visited the clinic twice a week, and the control group, which had only one assessment during the whole four-week treatment. Pad test results of less than or equal to 2 grams were found in 55.3% of the cases, and these were therefore considered to be cured. However, there were no differences between the groups. In our study, with the same criteria, a cure was observed in 9.5% of the control group and in 47.8% of the supervised group.

The results presented by Wong et al.¹⁷ (1997) may have been influenced by the ab-

sence of standardization of the exercises. Those patients were instructed to perform more than 50 contractions a day, which may have led some of them to exercise more than others. Furthermore, because the values prior to treatment were not reported, the importance of the urinary losses in those cases is unknown.

Studies on conservative treatment of urinary incontinence normally do not have a control group. However, as our objective was to evaluate the importance of the physiotherapist for supervising the exercise, the control group underwent the same treatment, except that it was performed at home.

More recently, Sugaya et al.¹⁸ compared the efficacy of an electronic device used in perineal exercises at home, for two months. In that study, 41 patients were randomly placed into two groups: one that performed exercise for two minutes every time a device sounded (three times a day), and another, the control group ($n = 20$) which was instructed to perform the same amount of exercise. Significant improvements were only

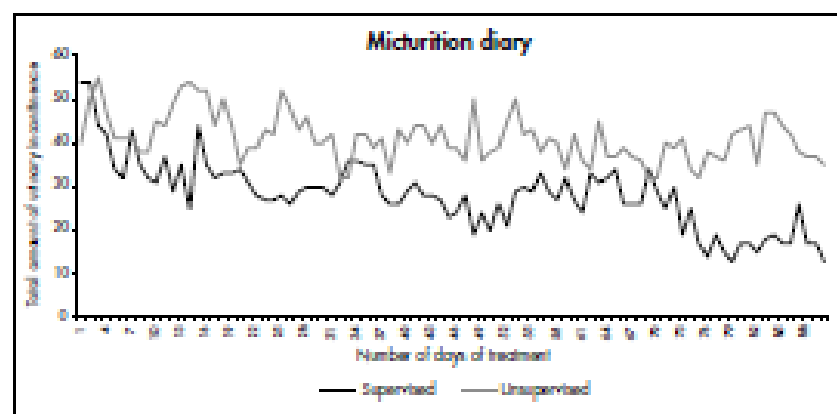


Figure 1. Graphical representation of the total amount of daily urinary incontinence over 90-day period for supervised and unsupervised exercising groups.

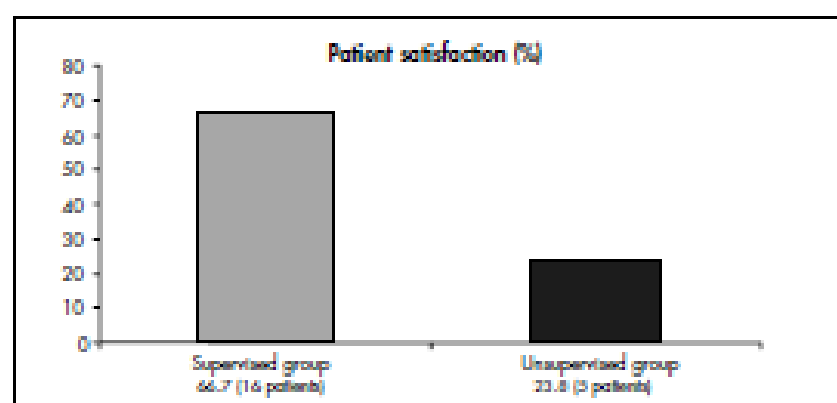


Figure 2. Patient satisfaction according to self-assessment (supervised and unsupervised groups).

found in the I-QoL questionnaire. The second pad test and the urinary diary of the control group did not show any improvement. From the control group, only 15% of the patients were satisfied and were aware of any improvement after the treatment. This differed from what was observed in our study, which showed no improvement in I-QoL after the at-home treatment. Moreover, the patients in our study showed themselves to be more satisfied, maybe because of the supervision and monthly assessment.

In the present study, the pad test for the control group presented a significant improvement after treatment when compared with before the treatment. This was a better result than what was obtained by Sugaya et al.,¹⁸ who did not observe any significant effect.

The urinary diary for the control group showed an improvement at the end of the treatment. This is in agreement with the report from

Siu et al.,¹⁹ who evaluated the results from treatment and participation of women performing exercise at home for four months, with monthly assessments. They observed a significant decrease in daily episodes of urine leakage.

Yoon et al.²⁰ studied 44 patients for eight weeks, dividing them into three groups. The first one performed perineal exercises, the second was the control group, and the third performed bladder control. There were no significant differences in pad test results between the three groups. Furthermore, daily and nightly frequency and bladder capacity were unchanged in the group performing the exercise. This may have occurred because of the short period of treatment (eight weeks), which may not have been enough for neural adaptation and muscle hypertrophy.²¹ The present study lasted three months, and there were decreases in daily and nightly frequencies in the supervised group.

All results obtained after treatment, through the pad test, quality of life questionnaire (I-QoL) and urinary diary, showed that the supervised group improved significantly more than the unsupervised group. Similar results for the pad test and urinary diary were reported by Bo et al.,¹² although their treatment lasted longer (six months). These were in accordance with the conclusions from Hay-Smith and Dumoulin²² (2006): the treatment effect might be greater for women who participate in a supervised pelvic floor muscle training program for at least three months.

CONCLUSION

It was observed that pelvic floor exercises improved stress urinary incontinence. However, for better results, these exercises should be supervised by a physiotherapist.²³

REFERENCES

1. Suzuki T. Pelvic floor by the WHO. In: Abrams R, Khaw S, Wein A, editors. *Incontinence*. Plymouth: Physiotherapy; 1998. p. 13.
2. Quenby T, Mann M, AM, Oak M, Baker AG, Crane VA, LUD, Roberts A. Programa de exercicio mltiplos por mltiplos tipos de incontinncia urinria. (The search of medical care by women with urinary incontinence). Rev Bras Ginecol Obstet. 2001;23(7):499-503.
3. International Continence Society Committee on Standardization of Terminology. The standardization of terminology of lower urinary tract function. In: Chappard DB, Bess AF, editors. *Urogynecology and urogyneurology: theory and practice*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 643-60.
4. Olsen MJRC. Incontinncia urinria de esforo: Epidemiologia. In: Olsen MJRC, Barakat CE, Rodrigues de Lima O, editors. *Uroginecologia*. Rio de Janeiro: Medsi; 1997. p. 34-5.
5. Kuo HL, Swanson TC, Wu RA, Charles TC. Morphologic and functional aspects of pelvic floor muscles in patients with pelvic relaxation and genital stress incontinence. Obstet Gynecol. 1996;74(1):793-95.
6. Parker W, Patten C, Tami R. Comparison between histological, histochemical and clinical findings from measurement of polymyographic signals (PCS) in urinary incontinence. International Urogynecology Journal. 1992;3(2):134-8. Available from: <http://www.springerlink.com/content/7388672074751471p4836-88468-6894686-24387248p4836>. Accessed in 2007 (Aug 8).
7. Chappard DB, Chappard JA, Smith AB, Warrall DWE. The pathogenesis of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine: A histological and histochemical study. Br J Obstet Gynaecol. 1989;96(1):15-23.
8. Brundage AE, Jones JC. Hysterical therapy for stress incontinence. Urol Clin North Am. 1995;22(3):613-27.
9. Wei LL, Dordick TJ. The role of muscular re-education by physical therapy in the treatment of genital stress urinary incontinence. Obstet Gynecol Surv. 1992;47(7):322-31.
10. Ho K, Hagen RH, Kuvshinov B, Jorgensen J, Larsen S, Hough RL. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: II. Efficacy from different degrees of pelvic floor muscle exercise. Neurourol Urodyn. 1999;18(1):489-502. Available from: <http://www3.internationalurogynecologydatabase.com/11221862/ABSTRACT>. Accessed in 2007 (Aug 8).
11. Kumpke KS, Hobb GS, Wells TJ. Digital measurement of pelvic muscle strength in childbearing women. Nurs Res. 1989;38(3):134-8.
12. Jellal AC, Moussy RA, Garrel D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials in following necessary? Control Clin Trials. 1996;17(3):3-12.
13. Kusch DL, Martin ML, Hunsford DM, Yabuta T, Wagner TTH, Burching DB. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QoL). Urology. 1999;53(1):71-6.
14. Low GL, Rasmussen R, Chalmers J, McNeill T. Pad-weighting test performed with standardized bladder volume. Urology. 1988;32(1):78-80.
15. Low GL, Ford JA, Victor A, et al. Chinese version for research in adult women with symptoms of lower urinary tract dysfunction. Neurourol Urodyn. 1998;17(3):293-62.
16. Wilson PD, Al-Samerai T, Dondin M, Keller E, Brown AD. An objective assessment of physiotherapy for female genital stress incontinence. Br J Obstet Gynaecol. 1987;94(3):575-82.
17. Wang KS, Fung HCY, Fung LCN, Ma S. Pelvic floor exercises in the treatment of stress urinary incontinence in Hong Kong Chinese women. In: Proceedings of the 19th Annual Meeting of the International Continence Society, Yokohama, Japan Sept. 1997. p. 23-6 (abstract).
18. Sugaya K, Omas T, Hatake T, et al. Device to promote pelvic floor muscle training for stress incontinence. Int J Urol. 2003;10(9):406-12.
19. Siu TS, Chang AM, Yip SK, Chang AM. Compliance with a pelvic muscle exercise program as a causal predictor of urinary stress incontinence amongst Chinese women. Neurourol Urodyn. 2005;22(7):459-63.
20. Yoon H, Song HH, Ko YJ. A comparison of effectiveness of bladder training and pelvic muscle exercise on female urinary incontinence. Int J Nurs Stud. 2005;42(1):45-50.
21. American College of Sports Medicine position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. Med Sci Sports Exerc. 1996;28(2):592-74.
22. Hay-Smith EJ, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2006a(3):CD005654.
23. Khan R, Ali S, Kawan A, Yabuta T, Mangle M, Faldyover N. Biofeedback and pelvic floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence. Obstet Gynecol Intest. 2003;54(1):23-7.

Source of funding: None

Conflicts of interest: None

Date of final submission: July 27, 2006

Last received: September 20, 2007

Accepted: October 4, 2007

AUTHOR INFORMATION

Miriam Raquel Diniz Zanetti, PT, MSc. Physiotherapist, Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), and professor of Centro Universitário Fundação Instituto de Ensino para Cereais (UNIFECI), Cereais, São Paulo, Brazil.

Rodrigo de Aguiar Castro, MD, PhD. Head of Outpatient Service for Urogynecology and Vaginal Surgery, Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), São Paulo, Brazil.

Adriane Lyrio Ratto, PT, MSc. Physiotherapist, Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM), São Paulo, Brazil.

Patrícia Diniz dos Santos, PT, MSc. Physiotherapist, Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), São Paulo, Brazil.

Marcin Sartori, MD, PhD. Assistant professor, Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), São Paulo, Brazil.

Marcel João Batista Castello Girão, MD, PhD. Full professor and Head of Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), São Paulo, Brazil.

Address for correspondence:

Miriam Raquel Diniz Zanetti
Rua Francisco Belch, 312 — Vila Madalena
São Paulo (SP) — Brazil — CEP 05441-040
Tel. (+55 11) 3073-5164 — Cel. (+55 11) 9334-0777
E-mail: miram@fmed.com.br

Copyright© 2007, Associação Paulista de Medicina

RESUMO

Impacto da supervisão fisioterapêutica aos exercícios do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço

CONTEXTO E OBJETIVO: A incontinência urinária é um problema de saúde pública, afetando mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que sua forma mais comum é a de esforço. A cinesioterapia do assoalho pélvico vem sendo utilizada com grande sucesso em seu tratamento, embora não exista consenso de protocolo para sua aplicação. O objetivo foi comparar os resultados do tratamento em mulheres com incontinência urinária de esforço por meio de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico com acompanhamento fisioterapêutico, com ou de um grupo sem acompanhamento.

TIPO DE ESTUDO E LOCAL: Estudo randomizado, prospectivo e controlado, realizado no Setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Universidade Federal de São Paulo.

MÉTODOS: Realizou-se estudo randomizado com 44 mulheres para tratamento da incontinência urinária de esforço com cinesioterapia perineal por três meses consecutivos, divididas em um grupo com acompanhamento fisioterapêutico e outro sem acompanhamento. Foram avaliadas, antes e depois do tratamento, pelo diário miccional, "pad test", questionário de qualidade de vida (I-QoL), força muscular perineal, e também por avaliação subjetiva. A análise descritiva foi utilizada para caracterizar a casuística estudada. Para verificar a homogeneidade entre os grupos com relação às variáveis contínuas e categóricas, foram aplicados os testes de Kruskal-Wallis e o Qui-quadrado. Pelo teste post-hoc de sinais de Wilcoxon, avaliou-se o sucesso terapêutico.

RESULTADOS: Ao término do tratamento, o grupo com acompanhamento teve melhores resultados segundo o "pad test", o diário miccional e o questionário de qualidade de vida, quando comparado ao grupo controle. Quando avaliadas subjetivamente, apenas 23,8% das pacientes do grupo controle referiram satisfação com o tratamento. Já no grupo com acompanhamento fisioterapêutico, 66,8% referiram que não desejavam outro tratamento.

CONCLUSÃO: O acompanhamento fisioterapêutico proporcionou melhores resultados subjetivos e objetivos no tratamento da incontinência urinária de esforço feminino pela cinesioterapia do assoalho pélvico.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária. Assoalho pélvico. Fisioterapia. Exercício. Reabilitação.

**Anexo VI - Artigo: “Evidência científica baseada nos programas de treino dos
músculos do pavimento pélvico”**

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA BASEADA Nos Programas de Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico

Margarida FERREIRA, Paula SANTOS

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é a perda involuntária de urina desencadeada com o esforço, riso ou tosse e está habitualmente relacionada com a hiper-mobilidade uretral e/ou uma deficiência do esfíncter interno.

Os exercícios dos músculos do pavimento pélvico (EMPP) têm sido recomendados no tratamento da IUE. Os objectivos dos EMPP consistem em melhorar o suporte dos órgãos pélvicos (bexiga, colo vesical e uretra) e aumentar a pressão de encerramento da uretra durante o esforço. Os programas de treino dos músculos do pavimento pélvico (MPP) incluem o aumento da força, resistência e coordenação muscular.

Objectivos: Determinar a eficácia dos exercícios dos MPP no tratamento da IUE feminina.

Material e Métodos: *Hipótese:*

- Qual a evidência dos EMPP como tratamento isolado ou combinado com outras terapias?
- Qual a evidência dos diferentes tipos de protocolos de treino dos MPP?
- Qual a duração do tratamento ou o número de sessões dos EMPP?

Tipo de estudo: Foram incluídos estudos experimentais ou quase experimentais. A base de dados foi a MEDLINE, PUBMED, COCHRANE, PEDro e SCOPUS; com investigações publicadas entre 1999 e 2009.

Amostra: Todas as mulheres foram incluídas com o diagnóstico de IUE através da avaliação dos sintomas, sinais e/ou estudo urodinâmico. Foram excluídas investigações cuja IUE é desencadeada por factores externos ao tracto urinário inferior (patologias do foro neurológico, imobilidade, diminuição da capacidade cognitiva).

Procedimentos: Os EMPP são definidos por contracções voluntárias repetidas dos MPP com ou sem supervisão do profissional de saúde.

Todas as investigações incluíram EMPP como tratamento isolado ou combinado com outras terapias (*biofeedback*, estimulação eléctrica ou cones vaginais) com ou sem grupo controlo.

Instrumentos de medição: Os instrumentos de medição incluíram a percepção subjectiva da melhora (curada e curada/melhorada), instrumento específico da qualidade de vida na IU, quantificação dos episódios de IU e medição da contracção dos MPP.

Resultados: Foram encontrados dezanove estudos que preenchiam os critérios de inclusão do presente artigo. A revisão dos estudos experimentais e quase experimentais demonstrou que os EMPP isolados e combinados com o *biofeedback* e estimulação eléctrica são eficazes no tratamento da IUE. Na percepção subjectiva da melhora os parâmetros de curada e curada/melhorada foi de 70% e 97% respectivamente.

Conclusões: Existe uma forte evidência na eficácia da reeducação do pavimento pélvico no tratamento da IUE feminina. No entanto, são necessárias futuras investigações para seleccionar o protocolo de treino e determinar a duração.

M.F.: Centro Hospitalar do Alto Ave, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Guimarães

P.S.: Escola Superior de Saúde e Tecnologia do Porto, Porto

© 2011 CELOM

SUMMARY

PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING PROGRAMMES

A Systematic Review

Background: Stress urinary incontinence (SUI) is involuntary leakage from effort or exertion or from sneezing or coughing and it is usually related to increased urethral mobility and/or poor intrinsic sphincter function.

Pelvic floor muscle training (PFMT) has principally been recommended in the management of SUI. The aims of PFMT are to improve pelvic organ support (bladder, bladder neck, and urethra) and increase intraurethral pressure during exertion. The PFMT programmes are prescribed to increase strength, endurance and coordination muscle. **Objectives:** To determine the effects of pelvic floor muscle training in the management of female stress urinary incontinence.

The following hypothesis was tested:

- What is the evidence for PFMT, either alone or in combination with adjunctive therapies?
- What is the evidence for different types of PFMT?
- What is the length of treatment and number of PFMT?

Material e Methods: Types of studies: randomised controlled trials and quasi-randomised studies were included. Searches of MEDLINE, PUBMED, COCHRANE, PEDro e SCOPUS review articles published between 1999-2009.

Types of participants: all women with stress urinary incontinence and diagnosed on the basis of symptoms, signs, or urodynamic evaluation. Other forms of controlled clinical trial were excluded, for example whose symptoms might be due to significant factors outside the urinary tract (neurological disorders, cognitive impairments, lack of independent mobility).

Types of interventions: PFMT was defined as a programme of repeated voluntary pelvic floor muscle contraction and with or without supervised by health care professional.

All studies were eligible for inclusion if there was at least one arm with a PFMT protocol, alone or together with other adjunctive therapies (biofeedback, electrical stimulation or vaginal weights) compared with or without control group.

Types of outcome measures: The outcomes of interest were symptomatic cure and cure/improvement; symptom and condition specific quality of life assessment, quantification of leakage episodes; measures of pelvic floor muscle contraction.

Results: Nineteen studies met the inclusion criteria. The review found consistent evidence from of high quality randomised controlled trials, that PFMT alone and in combination with adjunctive therapies (biofeedback and electrical stimulation) was effective treatment for women with SUI with of «cure» and «cure/improvement» up to 70% and 97% respectively.

Conclusions: Based on the few data available there is strong evidence for the efficacy of physical therapy for the treatment for SUI in women but further studies are needed to evaluate the optimal training protocol and length of treatment.

INTRODUÇÃO

A sociedade internacional de continência (ICS) define a incontinência urinária (IU) enquanto sintoma, como *qualquer perda involuntária de urina*¹. A IU é classificada de acordo com o registo dos sintomas (indicador subjectivo percebido pela mulher); sinal (observação clínica da perda involuntária de urina em sincronia com o esforço) e condição (observação urodinâmica da

perda urinária na fase de enchimento da cistometria, com ausência da contracção do detrusor)^{1,2}. A incontinência urinária de esforço (IUE) é caracterizada pela perda involuntária de urina durante o aumento da pressão intra-abdominal, por exemplo: tosse, espirro, riso ou esforço físico^{3,4}. A pressão intra-abdominal é transmitida à bexiga e, se o aumento da pressão intra-vesical ultrapassar a pressão intra-uretral, com ausência da contracção do detrusor, a perda urinária resultante é designada por IUE¹.

O tratamento conservador tem sido promovido, desde 1992, pela *US Department of Health and Human Services* como a primeira intervenção na IUE, pela sua eficácia, baixos custos e menor incidência de efeitos colaterais³.

A revisão da literatura tem demonstrado que os exercícios dos músculos do pavimento pélvico (EMPP) são efectivos na redução dos sintomas da IUE^{3,5}. A taxa de cura varia entre os 28 a 84%^{6,7}. A disparidade dos resultados é baseada na aplicação de diferentes instrumentos de avaliação, metodologia e desenho de estudo, dificultando a comparação. Os factores preditos para o sucesso do tratamento incluem: tipo de programa de treino⁸, motivação e adesão das mulheres para a realização dos EMPP⁹, severidade da IU⁴, supervisão do programa de treino³, duração do tratamento¹⁰ e integridade anatómica e nervosa¹.

O mecanismo dos EMPP na diminuição das disfunções do pavimento pélvico, não está completamente conhecido, mas pensa-se que, o exercício regular permite a integração da acção reflexa através do recrutamento das fibras tipo II¹, o aumento da pressão de encerramento uretral¹, o aumento da capacidade de recrutamento motor², o aumento da força e resistência^{3,4}, permite melhorar a aprendizagem da contração correcta¹, melhora o tonus de repouso³, coordenação muscular e hipertrofia^{3,4}, estabiliza o colo vesical e uretra⁹ e melhora a qualidade de vida².

A pertinência desta revisão consiste em determinar a eficácia dos EMPP isolados ou combinados na IUE feminina publicada entre 1999-2009.

MÉTODOS

Pesquisa da literatura – A identificação de todos os estudos de revisão, compreendeu um plano estratégico de pesquisa de publicações entre 1999 e 2009. Inicialmente foram seleccionadas as diferentes revisões sistemáticas (meta-análises) e artigos, através do motor de busca www.yahoo.com; www.google.com; e na base de dados bibliográfica Medline, PubMed e The Cochrane Library, PEDro e Scopus. As palavras-chave utilizadas foram incontinência urinária de esforço feminina, exercício dos músculos do pavimento pélvico, biofeedback, estimulação eléctrica e cones vaginais.

Tipo de estudo – É um estudo prospectivo que inclui artigos experimentais e quase experimentais. Todas as investigações envolvem protocolos de treino dos MPP isoladamente ou combinado com outras terapias (biofeedback, estimulação eléctrica e cones vaginais) comparado com ou sem grupo controlo (sem tratamento ou tratamento placebo ou tratamento usual). A revisão abrangia unicamente os artigos de língua inglesa entre 1999-2009. A pes-

quisa foi limitada a estudos com níveis de evidência II, III e IV, baseado na National Health and Medical Research Council (NHMRC)¹¹.

Tipo de participantes – A população em estudo englobou mulheres adultas (> a 18 anos) com diagnóstico de IUE através da avaliação clínica (sintoma e/ou sinal) ou do estudo urodinâmico.

Os estudos com diagnóstico de IUE desencadeada por factores externos ao tracto urinário inferior (patologias do foro neurológico, imobilidade, diminuição da capacidade cognitiva) foram excluídos. Foram excluídas as investigações com outro tipo de diagnóstico de IU (mista e urgência) porque a etiologia e tratamento têm orientações diferentes. Outras investigações com populações específicas (pré e pós natal) foram igualmente excluídas porque as modificações fisiológicas neste período podem afectar os resultados dos EMPP¹⁰.

Tipo de Intervenção – Os estudos incluídos aplicaram EMPP isoladamente ou combinado com tratamentos de biofeedback, estimulação eléctrica e cones vaginais. Os estudos experimentais seleccionados incluíam o grupo controlo (sem tratamento, tratamento placebo ou tratamento usual).

Os EMPP eram definidos de contrações voluntárias repetidas dos MPP e podiam ser ou não supervisionadas pelo profissional de saúde. Todos os protocolos de treino dos MPP foram incluídos segundo as variações do número de contrações e séries, tipo de contrações (rápidas ou mantidas), duração e diferentes formas de ensino dos EMPP.

Instrumentos de Medição – O subcomité (Outcome Research in Women) da *Standardisation Committee of the International Continence Society* recomenda cinco categorias para avaliar a eficácia das intervenções na mulher com IUE. A primeira categoria consiste na observação (medição subjectiva) que permite perscrutar a cura ou melhora da mulher; a segunda consiste na quantificação dos sintomas (medição objectiva) que engloba o pad-test e diário urinário; a terceira consiste na observação clínica para uma avaliação objectiva da força dos MPP; a quarta está relacionada com a qualidade de vida (questionários específicos que medem o impacto do problema e resultados da intervenção terapêutica) e por último a medição socioeconómica da saúde¹².

Todas as categorias foram calculadas em todos os estudos, excepto a socio-económica.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A pesquisa realizada no período entre 1999-2009 per-

Quadro 1– Sumário da revisão dos estudos

Estudos	Intervenção	Nível de evidencia	Amostra (N)	Diagnóstico
Kari Be et al (1999)	EMPP vs BF vs EE vs Controlo	II	29	S, Pad test, EUD
Sung et al(2000)	EMPP	III	30	S
Kari Be et al(2000)	EMPP	II	24	S, Pad test, EUD
Wong et al(2001)	EMPP+BF vs EMPP+BF+Ab	II	19	S, EUD
Johnson et al(2001)	EMPP(cvm)+BF vs EMPP(cvm)+BF	II	16	S, EUD
Arvonen et al (2001)	EMPP vs EMPP+CV	II	20	S
Pages et al(2001)	EMPP vs BF	II	27	S, EUD
Morkved et al(2002)	EMPP vs EMPP+BF	II	50	S, Pad-test, EUD
Hay-Smith et al (2002)	EMPP(Apm/força) vs EMPP (Apm)	II	64	S, TS, Pad test
Bidmead et al (2002)	EMPP+EMPP+EE vs EMPP+simEE vs Controlo	II	40	EUD
Aksa et al (2003)	EMPP+EMPP+BF vs Controlo	II	20	EUD
Dunolin et al (2004)	EMPP+EE+BF vs EMPP+EE+BF+exAbv controlo	II	21	S, EUD, Pad test
Parkinen et al (2004)	EMPP+EE+BF+CV vs EMPP+CV	III	19	S, EUD, Pad test
Balmforth et al (2004)	EMPP+BF	IV	97	S, EUD
Turkan et al (2005)	EMPP+EE	III	17	S, EUD, Pad test
Zanetti et al (2007)	EMPP vs controlo	III	44	EUD
Rett et al (2007)	EMPP assistido com o biofeedback	III	26	EUD
Castro et al (2008)	EMPP vs EE vs CV vs controlo	II	107	EUD
Tsai et al (2009)	EMPP vs controlo	II	108	S, Pad test

EMPP= exercícios dos músculos do pavimento pélvico; BF= biofeedback; EE= estimulação eléctrica; Ab= abdominais; EMPP(cvm)= contração voluntária submáxima; EMPP(cvm)= contração voluntária máxima; CV= cones vaginais; simEE= simulação da estimulação eléctrica; exAb= exercícios abdominais; S= sintomas; EUD= estudo urodinâmico; TS= teste de stress

mitia identificar 19 estudos que preenchiam os critérios de inclusão do presente artigo de revisão.

A heterogeneidade é elevada entre os estudos, em relação à idade e estado hormonal. A média da idade entre os estudos referidos era de 45-56 anos (entre os 18-80). As investigações salientam a intervenção isolada dos EMPP ou combinada com outras terapias convencionais (cones vaginais, estimulação eléctrica, *biofeedback*) (Quadro 1).

Os estudos estão separados pelas diferentes intervenções, permitindo relacionar e sintetizar os protocolos dos EMPP isoladamente, ou combinar os EMPP com outras terapias. Foram identificados 12 estudos com a intervenção isolada dos EMPP^{5,6,13-19,26,28,29}; 6 combinados com EMPP e BF^{16,19-22,27}; 2 com EMPP e EE^{18,23}; 2 com EMPP e CV^{15,14}; 1 com EMPP/BF/EE²⁵ e 1 com EMPP/BF/CV/EE²⁴ (Quadro 1).

Os estudos descrevem diferentes tipos de EMPP para o treino de força muscular e de aperfeiçoamento ou aprendizagem motora. A diversidade do treino engloba frequência, volume, intensidade e duração do treino (Quadro 2, 3 e 4). O trabalho específico do treino dos MPP inclui a activação ou desactivação da parede abdominal durante os exercícios. Recentemente as investigações demonstraram uma actividade sinérgica dos músculos abdominais profundos (transverso abdominal e fibras inferiores do oblíquo interno) durante a contração dos MPP. As últimas investigações consideram que a contração do músculo transverso abdominal (TrA) conduz uma co-contração dos MPP. Indicam igualmente, que a contração dos abdominais não deve ser desencorajada durante os exercícios dos MPP, porque limita a resposta do músculo pubococcígeo. Assim, aconse-

Quadro 2 – Protocolos de treino dos músculos do pavimento pélvico

Estudos	Ensino da contracção dos MPP	Protocolo dos MPP = tempo de contracção (s)/tempo de relaxamento (s)	Intensidade ou tipo de contracção dos MPP	Outros Tratamentos	Tratamento combinado	Duração da Intervenção
Kari Bo et al (1999/00)	Palpação digital	6-8s/6s, 8-12 repetições, 3-4 rápidas no topo de cada contracção mantida. Sessões semanais de grupo.	Intensidade máxima		EMPP no domicílio de 30 repetições diárias	6 meses
Sung et al (2000)	Ensino verbal	EMPP baseado no protocolo da Kari Bo com vídeo.	intensivo		Exercícios no domicílio, mas não descritos.	6 semanas
Wong et al (2001)	NR	Domicílio = NR.		BF vag	5 séries contr.rápidas/10s repouso, lentas/1min repouso	4 semanas
	NR	Domicílio = NR.		BF+ EmgAb	Protocolo anterior +Emg para evitar a contracção do R.A.	
Johnson et al (2001)	perineometria	10s/10s,15 min, submax (60%) com 3 séries diárias	Cont. Vol. SubMax.	BF+EmgAb	BF domicílio	6 semanas
	perineometria	10s/10s,15 min, submax (90%cum). 3 séries diárias	Cont. Vol. Max		BF domicílio	
Arvonen et al (2001)	Palpação digital	5s/5s,10 rep. Max.,2séries/diárias3s/3s,15 rep. SubMax., 1série diária.2 min mantida cont. SubMax de 1 Rep., 1 série diária. 3 visitas clínicas.	Cont.Max e Submax			4 meses
	Palpação digital	Protocolo anterior		Cones vaginais	Cones vaginais (50/65/80/100g) 20s/20s (Max) 10 rep, posição ortostática. 15min em A/D.	

EMPP = exercícios dos músculos do pavimento pélvico; BF = biofeedback; EE = estimulação eléctrica; CV = cones vaginais; Max = máxima; min = minuto; rep. = repetições; NR = não registado; semanas = semanas

Ilham o treino dos MPP de uma forma indirecta, isto é, o treino do músculo transverso e recto abdominal conduzindo a co-contracção dos MPP³⁰.

Kari Bo et al contrariaram esta teoria quando demonstraram que só 30% das mulheres continentais realizava uma co-contracção forte dos MPP durante a contracção do TrA.

Assim, o ensino da contracção dos MPP indirectamente com a contracção do TrA deve ser ponderado e desencorajado em muitas mulheres incontinentes e com factores de risco associados. O estudo concluiu igualmente que os exercícios dos MPP são mais efectivos do que a contracção do TrA ou a combinação do TrA com os exercícios dos MPP.

Quadro 3 – Protocolos de treino dos músculos do pavimento pélvico (cont.)

Estudos	Ensino da contracção dos MPP	Protocolo dos MPP = tempo de contracção (s)/tempo de relaxamento (s)	Intensidade ou tipo de contracção dos MPP	Outros Tratamen.	Tratamento combinado	Duração da Intervenção
Pages et al (2001)	Palpação digital	Domicílio, 4 séries, 5 frequências semanais	NR	15 min BF vag. 4 semanas	BF+EMPP no domicílio	4 semanas BF+ 2 meses de EMPP no domicílio
	Palpação digital	Protocolo da Kari Bo	Intensidade máxima			
Morkved et al (2002)	Palpação digital	Protocolo da Kari Bo +BF no domicílio	Intensidade máxima	BF no domicílio	6-8s/6s, 8-12 repetições, 3-4 rápidas no topo de cada contracção mantida diariamente no domicílio.	6 meses
Hay Smith et al (2002)	NR	EMPP = reaprendizagem motora individualNo domicílio = ND	Reaprendizagem motora			20 semanas
	NR	EMPP = treino de força+ reaprendizagem motoraNo domicílio = ND	Força+reaprendizagem motora			
	NR	EMPP convencional experiência da fisioterapeutaDomicílio = ND	NR			
Bidmead et al (2002)	NR	EMPP «convencional» experiência da fisioterapeutaDomicílio = ND	NR	EE (ND)	Programa da EE igual no domicílio	14 semanas
	GC (sem tratamento)					
Aksac et al (2003)	Palpação digital	5s/10s, 10 rep, 3 séries diárias. Após 2 semanas 10s/20s.				
	Outro NR	10s/20s, 40 rep. 3 séries/semana. Sessões semanais		BF para aprendizagem da contracção correcta na clínica		8 semanas
	GC (sem tratamento)					

EMPP= exercícios dos músculos do pavimento pélvico; BF= biofeedback; EE= estimulação eléctrica; CV= cones vaginais; Max=máxima; min=um minuto; rep.=repetições; NR=não registado; ND=não descrito; GC= grupo controlo

Nas aplicações do biofeedback foram descritas distintas intervenções: electromiografia (EMG) por via vaginal^{19,20,24,25,27}; EMG com electrodos de superfície na pa-

rede abdominal indicando a actividade muscular²⁰; biofeedback por via vaginal no domicílio^{16,21}; ultra-som perineal no ensino da correcta contracção dos MPP²² e por

Quadro 4 – Protocolo de treino dos músculos do pavimento pélvico

Estudos	Ensino da contração dos MPP	Protocolo dos MPP = tempo de contração (s)/tempo de relaxamento (s)	Intensidade ou tipo de contração dos MPP	Outros Tratamentos	Tratamento combinado	Duração da intervenção
Duroso et al (2004)	NR	Programa de reeducação standard Domicílio: 5 dias por semana (ND) 1 sessão semanal individual	Força+reaprendizagem motora	EE vag. 15 mn, 6s contração/18 repouso 4 semanas, 8s/24s 4 semanas, 50 hz, 250 msec. BF vag com eng (25 mn) Na clínica		8 semanas
		Protocolo anterior+30 mn semanais de treino dos músculos abdominais	Força+reaprendizagem motora	Protocolo anterior		
	GC					
Parkkinen et al (2004)	Palpação digital	Baixa intensidade 8-10 rep. Alta intensidade 5/10s, 5 rep. Baixa intensidade 20-30s/40-60s, 5 rep. Na posição supina e ortostática. Técnica de Knack	Contração máxima	BF+EE -1 5-10mn 50Hz; 10-50 Hz de 5 a 10 mn+CV (20-80g) 30 mn por dia, 5 dias por semana durante as AVD.	2 séries por dia/5 dias por semana	12 meses
	Palpação digital	Protocolo anterior	Contração máxima	CV (20-80g) 30 mn por dia, 5 dias por semana durante as AVD.		
Balsforth et al (2004)	Ultra-sons perineal	Intensivo+EMPP individualizado+ modificação do comportamento	NR		Programa no domicílio: NR	
Turkan (2005)	NR	5s contração, 10 rep., 5 séries/diárias, adicionando 5 séries em cada semana	Contração máxima	EE-10-10Hz e 0-100Hz 10 mn cada, simultâneo com contrações voluntárias		5 semanas
Zanetti et al (2007)	Palpação digital	10 rep./5" mantida e 5" repouso; 20 rep./2" mantida e 2" repouso; 20 rep./1" mantida e 1" repouso; 5 rep. de 10" mantida e 10" repouso e 5 contrações fortes associadas à tosse.	Contração máxima e submáxima			3 meses
	GC					
Rett et al (2007)	Informação verbal	Início-20 contrações físicas e 20 contrações tónicas na posição de supina e 10 tónicas e físicas na posição de sentado e de pé. No final completava as 200 contrações.	Contração máxima e submáxima			6 semanas

Quadro 4 cont.

Estudos	Ensino da contração dos MPP	Protocolo dos MPP=tempo de contração (s)/tempo de relaxamento (s)	Intensidade ou tipo de contração dos MPP	Outros Tratamentos	Tratamento combinado	Duração da Intervenção
Castro et al (2008)	Informação verbal e palpação digital	Início-10 rep./5" mantida e 5" repouso; 20 rep./2" mantida e 2" repouso; 20 rep./1" e 1" repouso; 5 rep./10" mantida e 10" repouso seguida de 5 rep. com contrações fortes associado à tosse. 1" de repouso entre as series. Trissemanal e com supervisão	Contração máxima e submáxima	EE-50 Hz, 5" on/10" off, impulso de 0,5 ms, intensidade 0-100mA, 20 mn. CV-20-100g, 45'		6 meses
Tsai et al (2009)	Informação verbal e palpação digital	30 contrações diárias, e contrações mantidas graduais entre 2-10" e tempo de relaxamento de 10'				3 meses

EMPP = exercícios dos músculos do pavimento pélvico; BF = biofeedback; EE = estimulação eléctrica; CV = cones vaginais; Max = máxima; mn = minuto, rep. = repetições; NR = não registado; ND = não descrito; EE-I = estimulação eléctrica interferencial; smas = semanas

ultimo a descrição pouco clara da aplicação do *biofeedback* (ensino ou tratamento)²³.

As intervenções da estimulação eléctrica (EE) variam consideravelmente em relação aos protocolos e aplicações. Um dos estudos utiliza interferenciais²³ e os restantes estudos referem diferentes protocolos com aplicações no domicílio e clínica^{18,24,25,28}.

O peso dos cones vaginais varia entre os 20 e 100 g e os protocolos são aplicados em mulheres activas^{15,24,28} (Quadros 3 e 4).

As definições de *curada* e *melhorada* não são consensuais (Quadro 5). Todos os estudos estimam ou expressam a avaliação de curada e curada/melhorada através de percentagens, excepto cinco das investigações de revisão^{13,18,20,22,24}.

DISCUSSÃO

O objectivo desta revisão foi investigar os resultados obtidos na prática clínica com os EMPP isolados ou combinados com outras terapias na IUE feminina.

Considerando os estudos de nível II e baseado em diversas medições de resultados os registos foram consistentes e estatisticamente significativos em relação à eficácia dos EMPP nas mulheres com IUE.

Os EMPP isolados atingiram uma taxa de cura de 75%^{5,16,17,19,26,28,29} e curada/melhorada de 93%^{5,16,17,19}, dependendo da definição de curada e curada/melhorada.

A combinação dos EMPP com o *biofeedback* a taxa de curada foi entre 58% a 80%^{16,19,27} e curada/melhorada de 97% a 100%^{16,19}. Os resultados permitem concluir que existe

Quadro 5 – Definições de curada e melhorada

Definição de "Curada"	Estudos
Teste de stress ≤ 2 g (volume vesical standard)	Kari Bo et al (1999)Morkved et al (2002)
Auto-referência (sem problema) numa escala de likert de 5 pontos	Kari Bo et al (1999) Morkved et al (2002)
Continência durante sete dias (frequência das perdas urinárias)	Johansen et al (2001)
Pad test <2g, continência durante sete dias, perineometria e auto-referencia	Ratti et al (2007)
Pad test < 2g; continência durante sete dias	Zanetti et al (2007)
Pad test <2g, continência durante sete dias, QV	Castro et al (2008)
Definição de Melhorada	Estudos
Redução da quantidade de perda urinária ≥ 50% no pad test	Aksac et al (2003)
Auto-referencia continente (curada), quase continente (melhorada) na escala de likert de 5 pontos	Kari Bo et al (1999)
Redução > a 50% dos episódios de incontinência urinária e diminuição dos sintomas	Puges et al (2001)

uma forte evidência na eficácia dos EMPP combinados com *biofeedback*.

Arvonen e colaboradores¹⁵ registaram uma taxa de curada de 50% (pad test) e na avaliação subjectiva a taxa de curada foi de 22% e curada/melhorada de 61% na comparação dos EMPP com e sem cones vaginais e com diferentes protocolos de treino em cada grupo. Os cones vaginais associados aos EMPP foram inconclusivos pela escassez de estudos.

A combinação dos EMPP standard com EMG BF/EE ou o programa de treino dos músculos abdominais mostrou uma taxa de curada de 70 e 73% respectivamente, e curada/melhorada de 90% em ambos²⁵. Existe uma forte evidência em estudos com a combinação dos EMPP e BF/EE em populações idosas com IUE.

Os protocolos de treino dos MPP têm sido baseados nos princípios da fisiologia do exercício do músculo-esquelético. Os parâmetros consistem em baixa velocidade, contracções sub-máximas, mantidas de 6-8 segundos, 3 séries de 8-12 contracções, com frequência semanais de 2-4 e duração superior a cinco meses^{5,10,14}.

Os estudos de nível II com aplicação dos EMPP mostram resultados eficazes com duração superior a seis semanas com treino em grupo ou individual e com supervisão da fisioterapeuta^{5,16}. Verifica-se igualmente que a força dos MPP continua a aumentar até aos seis meses com a aplicação dos programas de EMPP^{5,16}. Contudo, a heterogeneidade dos protocolos não permite identificar os parâmetros dos programas que melhor contribuem para a eficácia da IUE feminina.

A *International Continence Society* recomenda protocolos de duração entre 4-6 meses com base no treino de força/fisiologia do exercício (hipertrofia muscular e um processo lento). No entanto, esta revisão demonstrou programas de tratamento com bons resultados (diminuição dos sintomas de IU e ganho de força dos MPP) com duração de 3 meses.

A revisão dos artigos e meta-análises demonstraram eficácia com o tratamento dos EMPP isolado ou combinado com *biofeedback* e estimulação eléctrica². Os protocolos de treino são heterogéneos e não permitem a identificação do protocolo específico no tratamento da IUE. Futuras investigações são necessárias para determinar a duração, frequência e calcular os benefícios económicos do tratamento conservador na IUE feminina.

Nesta revisão não foram avaliados outros factores (habilitação profissional específica, acção educativa, severidade, instrumentos de medição, motivação/adesão) que influenciam os divergentes resultados.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONCLUSÕES

A presente revisão encontrou uma forte evidência na eficácia do tratamento isolado dos EMPP ou combinado com *biofeedback* e estimulação eléctrica na mulher com IUE. Os resultados demonstraram redução dos sintomas e ganho de força dos MPP.

A duração do tratamento variou entre 4 semanas e seis meses, mas os resultados demonstraram que a duração do treino de força dos MPP requer pelo menos três meses.

Neste artigo não foi identificado o protocolo específico dos MPP no tratamento da IUE feminina. Em investigações futuras é necessário reflectir sobre os parâmetros dos EMPP em populações com diferenças individuais (idade, severidade da IUE, grau do prolapso) que podem influenciar e requerer diferentes protocolos.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMS P, CARDOZO L, KHOURY S, WEIN A: Incontinence Basics & Evaluation. Health Publication Ltd 2005
2. NEUMANN PB, GRIMMER KA, DEENADAYALAN Y: Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. BMC Women's Health 2006;6(11):1-71
3. LAYCOCK J, STANDLEY A, CROTHERS E et al: Clinical Guidelines for physiotherapy management of females aged 16-65 with stress urinary incontinence. Chartered Society of Physiotherapy, London 2004-Updated
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé: Prise en Charge De L'Incontinence Urinaire De La Femme En Médecine Générale. Service de recommandations professionnelles 2003
5. BE K, TALSETH T, HOLME I: Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ 1999;318:487-493
6. PAGES IH, JAHN S, SCHAUFELLE MK, CONRSDI E: Comparative analysis of biofeedback and physical therapy for treatment of urinary stress incontinence in women. AM J Phys Med Rehabil 2001;80:494-502
7. MILLER JM, ASTHON-MILLER JA, DeLANCEY OL: A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. J AM Geriatr Soc 1998;46:870-4
8. RHEA MR, ALVAR BA, BURKETT LN, BALL SD: A meta-analysis to determine the dose response for strength development. Med Sci Sports Exerc 2003;35:456-464
9. ALEWIJNSE D, MESTERS IEPE, METSEMAKERS JFM, VAN

- den BORNE BHW: Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. Elsevier Science Ireland Ltd 2002;48:147-60
10. HAY-SMITH EJC, DUMOLIN C: Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. (Cochrane Database of Systematic Review) Cochrane Library 2006
11. MOSELEY A, HERBERT R, SHERRINGTON C, MAHER C: Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Aus J Physiother* 2002; 48:43-49
12. LOSE G, FANTL J, VICTOR A, WALTER S, WELLS T, WYMAN J et al: Outcome measures for research in adult women with symptoms of lower urinary tract dysfunction. *NeuroUrol Urodyn* 1998 17:255-262
13. SUNG MS, CHOI YH, BACK SH, HONG JY, YOON H: The effect of pelvic floor muscle exercises on genuine stress incontinence among Korean women – focussing on its effects on the quality of life. *Yonsei Med J* 2000;41:237-251
14. Ba K, TALSETH T, VINSNES A: Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on the quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:598-603
15. ARVONEN T, FIANU-JONASSON A, TYNI-LENNE R: Effectiveness of two conservative modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence. *NeuroUrol Urodyn* 2000; 20:591-9
16. Mørkøved S, Kari Ba, Flærtøft T: Effect of adding biofeedback to the pelvic muscle training to treat urodynamic stress incontinence. *Obstet Gynecol* 2002;100:730-9
17. HAY-SMITH EJC, HERBISON GP, WILSON PD: Pelvic floor muscle training for women with symptoms of stress urinary incontinence: a randomised trial comparing strengthening and motor relearning approaches. *NeuroUrol Urodyn* 2002;21:371-2
18. BIDMEAD J, MANTLE J, CARDOZO L, HEXTALL A, BOSS K: Home electrical stimulation in addition to conventional pelvic floor exercises: useful adjunct or expensive distraction? *NeuroUrol Urodyn* 2002;68:372-3
19. AKSAC B, AKI S, KARAN A, YALCIN O, ISIKOGLU M, ESKIYURT: Biofeedback and pelvic floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence. *Gynecol Obst Invest* 2003; 56:23-7
20. WONG KS, FUNG KY, FUNG CW, TANG CH: Biofeedback of pelvic floor muscles in the management of genuine stress incontinence in Chinese women. *Physiother* 2001;87:644-8
21. JOHNSON VY: Effects of submaximal exercise protocol to recondition the pelvic floor musculature. *Nurs Res* 2001;50:33-41
22. BALMFORTH J, BIDMEAD J, CARDOZO L, HEXTALL A, KELVIN B, MANTLE J: Raising the tone: A prospective observational study evaluating the effect of pelvic floor muscle training on bladder neck mobility and associated improvement in stress urinary incontinence. *NeuroUrol Urodyn* 2004;553-4
23. TURKAN A, INCI Y, FAZLI D: The short term effects of physical therapy in different intensities of urodynamic stress incontinence. *Gynecol Obstet Invest* 2005;59
24. PARKKINEN A, KARJALAINEN E, VARTIAINEN M, PENTTINEN J: Physiotherapy for Female Stress Urinary Incontinence: Individual Therapy at Outpatient Clinic Versus Home-Based Pelvic Floor Training: A 5-Year Follow-up Study. *NeuroUrol Urodyn* 2004;23:643-8
25. DUMOLIN C, LEMIEUX MC, BOURBONNAIS D, GRAVEL D, BRAVO G, MORIN M: Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: A randomised controlled trial. *Obstet Gynecol* 2004;104:504-510
26. ZANETTI MRD, CASTRO RA, ROTTA AL, SANTOS PD, SANTARI M, GIRÃO MUBC: Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *São Paulo Med J* 2007;125(5):265-9
27. RETT MT, SIMÕES JA, HERRMANN V, PINTO CLB, MARQUES AA, MORAIS SS: Management of stress urinary incontinence with surface electromyography-assisted biofeedback in women of reproductive age. *Physical Therapy* 2007; 87(2):136-142
28. CASTRO RA, ARRUDA RM, ZANETTI MRD, SARTORI MGF, GIRÃO MUBC: Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics* 2008;64:465-472
29. TSAI YC, LIU CH: The effectiveness of pelvic floor exercises, digital vaginal palpation and interpersonal support on stress urinary incontinence: An experimental study. *Int J Nursing Studies* 2009;46:1181-6
30. SAPSFORD R, HODGES P, RICHARDSON C, COOPER D, MARKWELL S, JULL G: Co activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *NeuroUrol Urodyn* 2001;20:31-42

**Anexo VII - Artigo: “The effect of behavioral therapy on Urinary Incontinence:
A randomized controlled trial”**

The Effect of Behavioral Therapy on Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial

Leslee L. Subak, MD, Charles P. Quesenberry, Jr, PhD, Samuel F. Posner, PhD, Eugene Cattolica, MD, and Krikor Soghikian, MD

OBJECTIVE: To evaluate the effect of a low-intensity behavioral therapy program on urinary incontinence in older women.

METHODS: A randomized clinical trial for community-dwelling women at least 55 years reporting at least one urinary incontinent episode per week was conducted. Women were randomly assigned to a behavioral therapy group ($n = 77$) or a control group ($n = 75$). The treatment group had six weekly instructional sessions on bladder training and followed individualized voiding schedules. The control group received no instruction but kept urinary diaries for 6 weeks. After this period, the control group underwent the behavioral therapy protocol. Using per-protocol analyses, t and χ^2 tests were used to compare the treatment and control groups, and paired t tests were used to evaluate the efficacy of behavioral therapy for all women (treatment and control groups before and after behavioral therapy).

RESULTS: Women in the treatment group experienced a 50% reduction in mean number of incontinent episodes recorded on a 7-day urinary diary compared with a 15% reduction for controls ($P = .001$). After behavioral therapy, all women had a 40% decrease in mean weekly incontinent episodes ($P = .001$), which was maintained over 6 months ($P < .004$). Thirty (31%) women were 100% improved (dry), 40 (41%) were at least 75% improved, and 50 (52%) at least 50% improved. There were no differences in treatment efficacy by type of incontinence (stress, urge, mixed) or group assignment (treatment, control).

CONCLUSION: A low-intensity behavioral therapy intervention for urinary incontinence was effective and should be considered as a first-line treatment for urinary incontinence in older women. (Obstet Gynecol 2002;100:72–8. © 2002 by The American College of Obstetricians and Gynecologists.)

From the Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Science, and Department of Epidemiology and Biostatistics, University of California, San Francisco, San Francisco, California; Kaiser Foundation Research Institute, Division of Research, Oakland, California; and Kaiser Permanente Medical Center, Department of Urology, Oakland, California.

This work was supported by Direct Community Benefit Investment, Kaiser Foundation Research Institute.

Urinary incontinence is one of the most prevalent health conditions in women, affecting an estimated 30–50% of community-dwelling older women, with 15% experiencing daily incontinent episodes.^{1–4} In addition to substantial medical, quality of life, social, and psychologic consequences, urinary incontinence is also associated with a large economic burden estimated at over \$31 billion (1995 dollars) annually in the United States.^{5–7}

Many treatments are commonly used for urinary incontinence, including behavioral, pharmacologic, and surgical therapies. Behavioral interventions are often recommended as the initial therapy for stress and urge incontinence.⁷ Behavioral therapy may include any combination of assisted toileting, bladder training, and pelvic muscle rehabilitation, including pelvic muscle exercises, biofeedback therapy, vaginal weight training, and pelvic floor electrical stimulation.⁸ Although there are no definitive data on the treatment mechanisms of behavioral therapy, these modalities are hypothesized to improve bladder control by teaching patients how to control the physiologic responses of the bladder and pelvic muscles that mediate continence.^{9–11} In randomized controlled trials, behavioral therapy programs have been reported to reduce the number of stress and/or urge incontinent episodes by 50–80%.^{8,9,12,13} One-fourth to one-half of women achieve near continence with behavioral therapy, which is similar to the efficacy of pharmacologic therapy.^{8,9,14,15}

Most of the prior randomized controlled trials evaluating behavioral therapy have used aggressive, time-intensive regimens, including biofeedback, electrical stimulation, or vaginal cones.^{3,16–18} One trial that evaluated a lower-intensity behavioral program including bladder training, urge suppression, educational sessions, and voiding diaries observed a significant decrease in the number of weekly incontinent episodes.⁸ Most prior studies have used urodynamic testing to prove the diagnosis of urinary incontinence for study entry.^{8,9,16,18} Because incontinence is often diagnosed by primary care physicians who could immediately begin a low-intensity

behavioral therapy program before diagnostic testing, the effectiveness of low-intensity behavioral therapy programs for women with reported incontinence symptoms is important. We conducted this randomized controlled clinical trial to evaluate the efficacy of bladder training compared with controls to treat older women with urge, stress, or mixed urinary incontinence defined by women's description of bladder symptoms.

MATERIALS AND METHODS

Women 55 years and older reporting urinary incontinence were recruited at a northern California health maintenance organization. This study protocol was approved by the institutional review board. Physicians and nurse practitioners were asked to refer ambulatory female patients who reported at least one urinary incontinent episode per week over the past 6 months. A consecutive cohort of participants were recruited in 1995 until enrollment of the estimated sample size and 25% for dropout was completed. Participants lived independently in the community and were functionally capable of independent toileting. Women with uncontrolled diabetes mellitus, urinary tract infection (dipstick urinalysis positive for leukocytes, nitrites, or blood followed by a urine culture with more than 1000 colony-forming units per high power field), or history suggestive of urinary obstruction, overflow, or functional incontinence, or urinary tract anomalies were excluded from this study. Current pharmacologic therapy for incontinence was not an exclusion criterion, but women were asked to remain on the same drug and dose throughout the study.

All referred women meeting initial criteria completed a 1-week, standardized urinary diary recording diurnal and nocturnal voluntary micturition and incontinent episodes. Women were evaluated by the senior investigator (KS) to verify study eligibility and collect demographic and medical history data. No pelvic examination or measure of postvoid residual urine volume was performed. Type of incontinence was classified as stress, urge, or mixed based on a participant's description of her incontinence symptoms and standard diagnostic criteria.⁷

Women were then randomly assigned to the behavioral therapy group ($n = 77$) or control group ($n = 75$) using a random number table allocation enclosed in sealed envelopes (opened by KS). Women in the behavioral therapy group had six weekly 20-minute group instructional sessions with three to five participants on bladder training by one of three nurse educators. The initial session (45 minutes) included an educational program on the structure and function of the urinary tract, normal voiding, and incontinence symptoms and caus-

es.¹³ Bladder training included participant education and development of individualized voluntary voiding schedules based on each participant's baseline daytime voiding frequency recorded on her voiding diary.⁸ Participants received verbal and written instructions on pelvic muscle exercises (Kegel exercises, Kaiser Patient Handout, "Kegel Exercise," Oakland, CA, Kaiser Permanente Health Education Department, January 1995). No fluid modifications were used. In sessions 2 through 6 (20–30 minutes), participants reviewed their prior week's voiding diary, discussed diary questions, and set new voiding schedule goals for the coming week. At each visit, voiding intervals were increased by 30 minutes as tolerated with the goal of a 2.5–3 hour interval. Participants maintained a daily urinary diary during the 6 weeks of behavioral therapy. A 7-day urinary diary was repeated 6 months after completion of behavioral therapy. Participants were encouraged to maintain a voiding schedule that best suited their lifestyles after completion of the study.

Women in the control group received no instruction but kept urinary diaries for 6 weeks. After this period, they underwent behavioral therapy for 6 weeks with the same protocol as the treatment group.

The primary outcome measure was the number of incontinent episodes per week recorded on a 7-day urinary diary. Secondary outcome measures included number of diurnal and nocturnal voids per week recorded on the diary. Women were asked at 6 months to rank how the behavioral therapy program had "helped them in dealing with (their) urine leakage problem," rated as not at all, slightly, moderately, or a great deal.

A sample size of 60 women in each group provided 90% power ($\alpha_{2-sided} = 0.05$) to detect an effect size of 50% (reduction in incontinent episodes of approximately 70% in the treatment group compared with 20% in the control group), the effect size observed by previous randomized controlled trials of behavioral therapy.^{8,9} t and χ^2 tests were used to compare the treatment and control groups at baseline and after 6 weeks of either therapy (treatment group) or observation (control group). Per-protocol analyses including only participants completing the first 6 weeks of the trial (therapy [treatment group] or observation [control group]) were performed. Paired t tests were used to compare measurements at baseline, completion of therapy (6 weeks), and 6 months after completing behavioral therapy for all participants. Repeated measures analyses of variance were done to test the effects of group allocation, time, and type (stress, urge, mixed) and severity (1–7, 8–14, 15–21, more than 21 incontinent episodes per week) of incontinence on improvement in incontinence frequency. Although participants and clinicians were not

Table 1. Demographic Characteristics of Treatment and Control Groups*

Variable	Behavioral therapy group (treatment, <i>n</i> = 66)	Control group (control, <i>n</i> = 57)
Age (yr)	70.6 (±7.4) [†]	68.5 (±7.7) [†]
Race (white)	50 (76)	43 (75)
Education (≥ high school)	62 (94)	52 (91)
Employed outside of home	13 (20)	18 (32)
Health status (≥ “good”)	48 (74)	46 (81)
Medical comorbidity		
Diabetes mellitus	8 (12)	3 (5)
Cardiovascular disease	28 (42)	19 (33)
Parous	49 (77)	44 (81)
Hysterectomy	25 (38)	20 (36)
Incontinence surgery	3 (5)	2 (4)
Type of incontinence		
Stress	14 (21)	16 (28)
Urge	30 (45)	17 (30)
Mixed	22 (33)	24 (42)
Incontinence severity (incontinent episodes per wk)		
1–7	36 (55)	26 (46)
8–15	14 (22)	16 (28)
15–21	9 (14)	6 (10)
>21	6 (9)	9 (16)
Use of pads or protection	36 (55)	45 (79)

* There were no statistical differences between treatment and control groups for any variables.

[†] Data presented as mean (standard deviation).

blinded to group allocation, statistical analysis were blinded.

RESULTS

We enrolled 152 women in the study, with 77 randomized to the treatment group and 75 to the control group. Eleven women in the treatment group and 18 in the control group were lost to follow-up or dropped out of the study before completing 6 weeks of data collection and were not included in the final analyses. There were no differences in demographic characteristics, medical, gynecologic, or urologic history, current urologic symptoms, or incontinence severity at baseline between women completing and not completing the behavioral therapy versus the control period of the study (6 weeks). The treatment (*n* = 66) and control (*n* = 57) groups were similar in demographic characteristics, medical, gynecologic, and urologic history, and current urologic symptoms at study entry (Table 1).

At 6 weeks, the treatment group had a 50% reduction in mean number of incontinent episodes compared with

a 15% reduction for the control group ($P = .001$) because of improved diurnal incontinence frequency ($P = .02$, Table 2). There were no differences in diurnal, nocturnal, or total micturition frequencies between the treatment and control groups. After behavioral therapy, women in the treatment group experienced improved diurnal and total incontinence frequencies ($P = .001$, paired *t* test versus baseline) but no change in nocturnal incontinence or micturition frequencies (Table 2). Improvement in incontinence was not observed in the control group ($P = .37$). There were no adverse events in either group.

After completing behavioral therapy, women in the control group had a decrease in weekly incontinent episodes ($P = .03$, paired *t* test versus week 6). They experienced no change in diurnal, nocturnal, or total micturition frequencies.

To evaluate the efficacy of behavioral therapy, pre- and post-therapy results for the treatment and control groups were combined (*n* = 122, Table 3). Women experienced a 40% reduction in mean weekly incontinent episodes after behavioral therapy ($P = .001$), which was maintained over 6 months ($P = .004$). This improvement was associated with a significant decrease in diurnal and nocturnal incontinence frequencies after bladder training (6 weeks) and only diurnal frequency at 6 months. After behavioral therapy, 30 (31%) of women were 100% improved (dry), 40 (41%) were at least 75% improved, 50 (52%) at least 50% improved, 63 (65%) at least 25% improved, and 27 (28%) had no improvement or a worsening of incontinence frequency. Improvement was also observed in diurnal micturition frequency at 6 weeks and 6 months and total micturition frequency at 6 months after therapy (Table 3).

We observed an effect of time on participation in behavioral therapy and improvement in incontinence frequency (Figure 1, $P < .002$). Women had continued improvement in incontinence each week, reaching a statistically significant decrease in weekly incontinent episodes after 4 weeks of therapy ($P = .001$ versus baseline). No differences were observed, however, between women undergoing therapy immediately (treatment group) compared with after an observation period (control group) or by type or severity of incontinence. There was no effect modification observed for type or severity of incontinence.

Six months after behavioral therapy, 33% of participants reported that the program had helped them a great deal with their urine leakage problem, 26% reported the program to be moderately helpful, 29% slightly helpful, and 12% not at all helpful.

Table 2. Effect of Bladder Retraining on Incontinence and Micturition Frequency for the Behavioral Therapy Group (Treatment, $n = 66$) and Control Group (Control, $n = 57$)^a

	Baseline	Wk 6	Wk 12
Diurnal incontinent episodes per wk			
Behavioral therapy group	8.1 (± 9.1)	4.2 (± 5.5)^{*†}	
Control group	12.0 (± 15.2)	9.6 (± 16.0)	5.8 (± 8.4) [‡]
Nocurnal incontinent episodes per wk			
Behavioral therapy group	1.6 (± 2.6)	1.1 (± 2.0)	
Control group	1.2 (± 2.4)	1.4 (± 2.5)	0.9 (± 2.0)
Total incontinent episodes per wk			
Behavioral therapy group	9.6 (± 10.7)	5.2 (± 6.8)^{*§}	
Control group	13.2 (± 16.3)	11.0 (± 17.4)	6.8 (± 10.0) [‡]
Diurnal micturitions per wk			
Behavioral therapy group	46.4 (± 15.7)	45.1 (± 11.8)	
Control group	53.0 (± 32.6)	53.8 (± 22.7)	50.1 (± 17.3)
Nocurnal micturitions per wk			
Behavioral therapy group	8.6 (± 5.1)	9.5 (± 5.2)	
Control group	6.9 (± 4.3)	6.7 (± 4.1)	7.2 (± 4.5)
Total micturitions per wk			
Behavioral therapy group	55.1 (± 18.2)	54.5 (± 13.6)	
Control group	59.9 (± 32.8)	60.5 (± 24.2)	57.3 (± 18.8)

Data presented as mean (\pm standard deviation).

Values in bold identify pre- and postbehavioral therapy evaluations.

* $P = .001$, paired t test: wk 6 vs baseline.

† $P = .02$ vs controls at wk 6.

‡ $P = .04$, paired t test: wk 12 vs wk 6.

§ $P = .001$ vs controls at wk 6.

‡ $P = .03$, paired t test: wk 12 vs wk 6.

DISCUSSION

Women experienced a significant improvement in incontinence frequency after a low-intensity behavioral therapy program using bladder training. This effect was observed in the therapy group (treatment) in the randomized controlled trial ($P = .001$) and in all women after therapy (combined treatment and control groups for pre- and post-therapy results, $P = .001$). Improvement was maintained over 6 months ($P = .004$). This low-intensity behavioral therapy program resulted in statistically significant as well as clinically significant improvement in incontinence: half of participants experienced at least a 50% decrease in incontinence fre-

quency, and 31% were dry at the end of therapy. A majority of participants (59%) reported that the behavioral therapy program moderately or greatly helped them with their incontinence problem. In addition, the significant treatment effect was achieved after only 4 weeks of behavioral therapy.

Behavioral therapy is a low-risk, low-cost intervention, proven to provide significant improvement in incontinence symptoms. Our trial results support the Agency for Health Care Policy Research guidelines for managing incontinence in adults recommending that "the first choice [of treatment] should be the least invasive treatment with the fewest potential adverse compli-

Table 3. Efficacy of Bladder Retraining ($n = 122$)

	Baseline ^a	Wk 6 of therapy	$P^†$	6 months	$P^†$
Diurnal incontinent episodes	8.8 (± 12.7)	5.0 (± 7.0)	.001	5.0 (± 8.3)	.003
Nocurnal incontinent episodes	1.5 (± 2.6)	1.0 (± 2.0)	.03	1.2 (± 2.5)	.14
Total incontinent episodes	10.3 (± 14.2)	6.0 (± 8.4)	.001	6.1 (± 10.1)	.004
Diurnal micturition	49.8 (± 19.5)	47.4 (± 14.8)	.04	46.7 (± 14.8)	.02
Nocurnal micturition	7.7 (± 4.8)	8.4 (± 5.0)	.10	7.9 (± 5.5)	.78
Total micturition	57.6 (± 21.3)	55.8 (± 16.2)	.15	54.7 (± 17.4)	.04

Data presented as mean (\pm standard deviation).

The sum of diurnal and nocturnal episodes may not equal the total number of episodes because of rounding.

^a Baseline was defined as the last week of observation before therapy.

† Paired t test vs baseline.

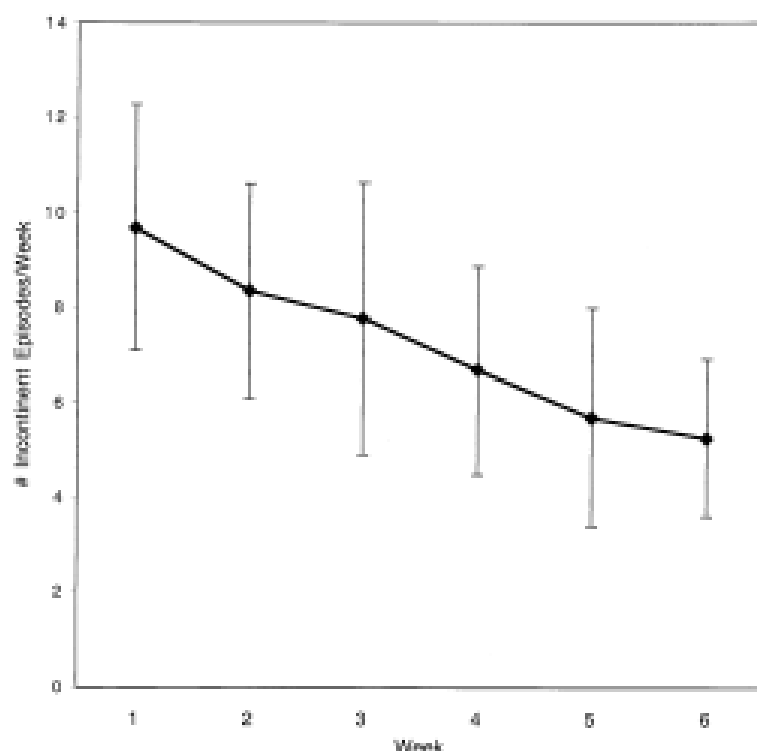


Figure 1. Temporal effect of behavioral therapy during 6 weeks of treatment. Average number of incontinent episodes per week and 95% confidence intervals are presented by week of therapy. Participants experienced continued improvement in incontinence each week with a statistically significant decrease in weekly incontinent episodes after 4 weeks of therapy ($P = .001$ versus baseline).

Subak. Behavioral Therapy for Incontinence. Obstet Gynecol 2002.

cations that is appropriate for the patient.¹⁷ Bladder training is an excellent initial step in the management of urinary incontinence in older women, which can be done before more invasive and expensive diagnostic testing and therapeutic modalities.⁷ It is also well suited for older women in whom complications and side effects of other therapies are substantial. Ideally, behavioral therapy can be initiated by any provider in a “see-and-treat” fashion. This is particularly important in a primary care setting. Women who discuss incontinence with their providers can immediately begin a behavioral program that requires minimal additional physical examination, diagnostic testing, staff time, or training.

Other research studies have examined the effect of different types of behavioral therapy on incontinence. Berghmans et al¹⁷ presented a systematic review of randomized controlled trials for stress incontinence, finding strong evidence to support the effectiveness of pelvic floor muscle exercises alone to treat stress incontinence. Other investigators have evaluated urge and mixed incontinence, finding that 10–30% of participants experience complete resolution of incontinence and 40–80% had a 50% or greater reduction in incontinence frequency.^{8–10,12} Most have studied intensive interventions that are much more time consuming than our intervention. There is limited evidence that high-intensity behavioral therapy regimens including biofeedback, electrical stim-

ulation, vaginal cones, in-patient pelvic floor muscle exercise training, and/or medication are more effective than a low-intensity regimen for stress incontinence.¹⁷

Other studies have corroborated our observation that the effect of behavioral therapy may be similar for urge, stress, and mixed incontinence. Fandi et al⁸ evaluated bladder training with timed voiding versus no intervention (control group) in a randomized controlled trial of 131 women with urodynamically diagnosed stress, urge, or mixed urinary incontinence. They observed a significant reduction in incontinence frequency in the bladder training group ($P < .001$). The efficacy of bladder training was similar for women with the diagnosis of genuine stress incontinence, detrusor instability, or both.⁹ Combining several types of behavioral therapy may be more effective than a single modality. A randomized controlled trial evaluated an intensive 12-week program of bladder training, biofeedback-assisted pelvic muscle exercises, or both.¹² The combination therapy group experienced a significantly better outcome immediately after therapy (50–70% had a 50% or greater improvement in incontinence frequency) with similar improvement between groups at 3 months (40–60% had a 50% or greater improvement).

Our behavioral intervention was based on bladder training. In the randomized controlled trial, we did not observe a change in toileting behavior, suggesting that

bladder training alone was not the mechanism of the treatment effect. However, we did observe a decrease in micturition frequency in the efficacy analysis, with participants recording a significant decrease in diurnal voiding frequency after therapy, which was maintained at 6 months. The only other randomized controlled trial with a similar intervention to our study found a significant reduction in diurnal micturition frequency after 6 weeks of therapy.⁸ However, their study protocol used an initial voiding schedule of 30–60 minutes rather than our protocol, which was based on each participant's baseline voiding pattern (mean initial voiding schedule was 2.2 hours). In addition, they observed a decrease in micturition frequency only in women with higher baseline weekly diurnal (more than 56 voids per week) and nocturnal (more than 4.4 voids per week) frequency. Because voiding frequency is at least in part a behavioral pattern, it may take longer than 6 weeks to change voiding behavior. During this same brief period, women may experience improved continence through better understanding of the physiologic responses of the bladder and pelvic muscles that mediate continence.

Participation in this study was subject to selection bias. Participants reported their incontinence and were willing to undergo a behavioral therapy program in a research study. However, the effect of self-selection may be minimal because the distribution of urinary incontinence type and severity in this study is close to estimates from population-based studies of older women. A study at one location inherently raises the question of generalizability. We attempted to recruit an age- and race-diverse population with varying severity of disease. In addition, the control group underwent some intervention by recording urinary diaries. We did not observe, however, a significant effect on incontinence severity during the control period. The type of incontinence was determined by the participants' description of their incontinent episodes. Urodynamic studies, pelvic examination, and measurement of postvoid residual urine volume were not performed for this study. Although this is a study limitation, it is consistent with a primary medical provider's initial evaluation and the proposed early initiation of behavioral therapy before additional evaluation or treatment.⁷

Because behavioral therapy has large potential benefit, minimal risk, and is effective for both stress and urge incontinence, it is an ideal first-line therapy that can be initiated before more invasive and costly diagnostic tests and therapeutic modalities. It is well suited for older women in whom the risks of surgical complications and/or medication side effects may be substantial.⁸ We observed improvement in incontinence after a low-intensity behavioral therapy intervention using bladder training in older women with urinary incontinence. The

"best" intervention is one that is not only low risk, inexpensive, and effective, but can be initiated effectively and easily by primary care providers.

REFERENCES

1. Diokno A, Brock B, Brown M, Herzog A. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol* 1986;136:1022–5.
2. Hunskaar S, Vainnes A. The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:378–82.
3. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: Effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:473–80.
4. Brown J, Seeley D, Fong J, Black D, Ensrud K, Grady D. Urinary incontinence in older women: Who is at risk? *Obstet Gynecol* 1996;87:715–21.
5. Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998;51:355–61.
6. Wilson L, Park GE, Luc KO, Brown JS, Subak LL. Annual costs of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001;98:398–406.
7. Fant J, Newman D, Colling J, DeLancey J, Keeys C, McDowell B. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Rockville, MD: AHCPR, 1996.
8. Fant JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265:609–13.
9. Burgio K, Locher J, Goode P, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: A randomized controlled trial (see comments). *JAMA* 1998;280:1995–2000.
10. Fant JA. Behavioral intervention for community-dwelling individuals with urinary incontinence. *Urology* 1998;51(Suppl. 2A):30–4.
11. McClish DK, Fant JA, Wyman JF, Pisani G, Bump RC. Bladder training in older women with urinary incontinence: Relationship between outcome and changes in urodynamic observations. *Obstet Gynecol* 1991;77:281–6.
12. Wyman JF. Quality of life of older adults with urinary incontinence (editorial, comment). *J Am Geriatr Soc* 1998;46:778–9.
13. Lagro-Janssen TL, Debruyne FM, Smits AJ, van Weel C. Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1991;41:443–9.
14. Appell RA. Clinical efficacy and safety of tolterodine in the treatment of overactive bladder: A pooled analysis. *Urology* 1997;50(Suppl. 6A):90–6, discussion 97–9.
15. Anderson R, Mobley D, Blank B, Saltsstein D, Susset J, Brown J. Once daily controlled versus immediate release

- oxybutynin chloride for urge urinary incontinence. OROS Oxybutynin Study Group. *J Urol* 1999;161:1809-12.
16. Wyman JF, Fantl JA, McGlish DK, Bump RC. Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. Continence Program for Women Research Group. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:999-1007.
17. Berghmans LC, Hendriks HJ, Bo K, Hay-Smith EJ, de Bie RA, van Waaswijk van Doorn ES. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: A systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol* 1998;82:181-91.
18. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ (Clin Res Ed)* 1999;318:487-93.
19. Sandier M, Daley MC, Ebner GD, Gantley CB, Jeter KE, Walters HC. Incontinence urinary leakage, a common and treatable condition. San Bruno, CA: Krames Communications, 1999.

Address reprint requests to: Lestee L. Subak, MD, University of California, San Francisco, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, 1635 Divisadero Street, Suite 600, San Francisco, CA 94115; E-mail: subakl@obgyn.ucsf.edu.

Received August 31, 2001. Received in revised form January 18, 2002. Accepted February 7, 2002.

**Anexo VIII - Brochuras referentes ao resumo dos ensinios partilhados na Classe
de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas**

EM QUE POSIÇÕES DEVO
REALIZAR OS EXERCÍCIOS?

Deitada ("posição de rã")



Sentada



Em Pé

- 1º Afastar as pernas
- 2º Colocar mãos nas nádegas
- 3º Relaxar as nádegas



POSIÇÃO CORRETA PARA

EVACUAR

- Colocar degrau com aproximadamente 15 cm de baixo dos pés
- Afastar as pernas
- Inclinar o tronco para a frente
- Respirar calmamente e relaxar



NÃO SE ESQUEÇA....

Os músculos apenas fortalecem através do exercício físico, e ninguém pode fortalecer o músculo de outra pessoa.

Por isso é importante estar **motivada** (QUERER MELHORAR), para conseguir recuperar a força dos seus MPP.



SÓ DEPENDE DE SI!



FISIOTERAPIA



EXERCÍCIOS PARA

RECUPERAÇÃO DOS

MÚSCULOS DO

PAVIMENTO PÉLVICO



Maternidade
Dr. Alfredo da Costa



Se tiver dúvidas pode contactar a Fisioterapia através do número de telefone 213184000 (extensão 1321/1306) ou 213184237, entre as 08h30 e as 15h30.

Informação elaborada por:

Ft. Arícia Garrido da Silva

Outubro 2012

COMO POSSO FORTALECER OS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO (MPP)?

É essencial que estes exercícios passem a fazer parte da sua ROTINA DIÁRIA. Procure realizar:

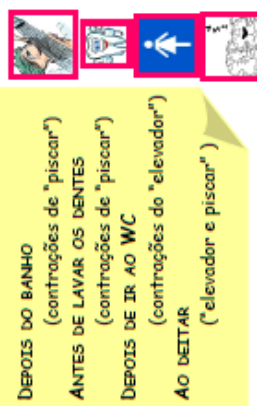
Contrações RÁPIDAS ("piscar"):

- 1º - Aperte rapidamente os MPP;
- 2º - Relaxe;
- 3º - Repita 10 a 30 vezes (de cada vez que se lembra)

Contrações LENTAS ("elevador"):

- 1º - Aperte os MPP ao máximo;
- 2º - Conte até 5, contraindo um pouco mais de cada vez que diz um número;
- 3º - Relaxe 5 segundos;
- 4º - Repita 5 a 10 vezes (de cada vez que se lembra)

Para não se esquecer siga o seguinte esquema:



Assim também estará a **FORTALECER** os seus MPP nas **DIFERENTES POSIÇÕES**

COMO PREVENIR AS PERDAS INVOLUNTÁRIAS DE URINA, GASES E/OU FEZES?

Se tem PERDAS INVOLUNTÁRIAS de urina, gases e/ou fezes quando faz um ESFORÇO (ex: espirrar, tossir, levantar pesos)...



... **contraia os MPP antes da tosse, do espirro, ou de qualquer outro esforço.**

Se tem PERDAS INVOLUNTÁRIAS de urina, gases e/ou fezes quando existe NECESSIDADE SÚBITA de urinar ou defecar...



- 1º - **PARE**, não vá a correr ao WC;
- 2º - **Aperte** os MPP;
- 3º - **Converse** com a bexiga/intestino, diga a si própria que consegue controlar a sua situação;
- 4º - **Espera** que a vontade passe;
- 5º - Vá **calmamente** ao WC.

Se voltar a surgir a urgência, a meio do caminho, **REPITA TODOS OS 5 PASSOS.**

E TAMBÉM É IMPORTANTE...

- ... estabelecer um horário para ir ao WC, idealmente de 3 em 3h.

COMO PREVENIR O AGRAVAMENTO DO PROLAPSO?

- a) **REPOUSE**, deitada, **20 a 30 minutos**, a seguir ao almoço ou quando chega a casa.



- b) **Evite Esforços**

- c) **Contraia os MPP** antes da tosse, espirro,...

COMO DIMINUIR A DOR/DESCONFORTO DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL?

- a) procure **POSIÇÕES** que diminuam a pressão no canal vaginal (ex: **almofada debaixo da bacia**)
- b) **MASSAGE** a entrada do canal vaginal, no caso de sentir dor na penetração:

- 1º - Lave bem as mãos;
- 2º - Introduza 1 dedo no canal vaginal;
- 3º - Realize movimentos circulares lentos;
- 4º - Empurre com o dedo o lado direito do canal vaginal, aguarde 30 segundos e relaxe;
- 5º - Repita o 4º passo para o lado esquerdo e para trás.



**Anexo IX - Questionário de qualidade e satisfação das classes de reeducação
postural e do pavimento pélvico**

Questionário de satisfação e de qualidade das classes de reeducação postural e do pavimento pélvico

Este questionário, elaborado no âmbito do estágio do Mestrado em Fisioterapia – Ramo de especialização em Saúde da Mulher, tem como principal objetivo a procura da melhoria contínua dos serviços prestados.

Nesse sentido, pretende-se avaliar o grau de satisfação das participantes desta classe, de modo a poderem criar-se novas alternativas ou estratégias e a oferecer uma maior qualidade na prestação serviços. Com isto, pretende-se ainda avaliar a prestação do fisioterapeuta que ao longo das classes a acompanhou.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, apenas a sua opinião pessoal e sincera importa.

Peço que leia atentamente cada pergunta e assinale com um “X” a opção de resposta que mais se adequa.

Este questionário é de natureza pessoal e anónima, assim como qualquer um dos seus dados.

Obrigada pela sua colaboração!

Bem-estar e saúde	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Sinto-me com mais energia e mobilidade desde que iniciei a classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Encaro o meu problema muito melhor desde que iniciei a classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Depois das classes sinto-me cansada e com dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me mais à vontade na realização das minhas atividades do dia a dia, desde que iniciei a classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que os meus problemas melhoraram com a classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aconselharia familiares e amigos a procurarem este tipo de tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conteúdo das classes	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
7. As classes foram dinâmicas e corresponderam às minhas expectativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Foram abordados assuntos relevantes durante as classes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As classes são importantes para a minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os exercícios feitos ajudam a melhorar o meu problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Preferia ser tratada individualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prestação da fisioterapeuta	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
12. Dentro do grupo, a minha individualidade foi respeitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A fisioterapeuta foi simpática e atenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A fisioterapeuta foi dinâmica e motivadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As minhas dúvidas foram ouvidas e esclarecidas claramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Foi utilizada uma linguagem perceptível e adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A fisioterapeuta ajudou-me a corrigir posturas ou limitações nos exercícios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo X - Feedback do orientador de estágio

No decorrer do estágio, a Alexandra demonstrou competências específicas, em especial na área da Uroginecologia:

- Mostrou conhecimentos que permitem avaliar e acompanhar as utentes do foro uroginecológico;
- Mostrou capacidade para avaliar, formular objectivos de tratamento e de elaborar adequadamente um plano de intervenção, respeitando a individualidade da utente;
- Soube gerir, de forma independente, classes de ensino referentes à prevenção e ao tratamento de disfunções uroginecológicas, bem como de classes de recuperação dos músculos do pavimento pélvico;
- Tomou responsabilidade pelos seus actos e mostrou capacidades técnicas na execução dos planos de tratamento definidos;
- Participou activamente nas actividades do Serviço de Fisioterapia e soube integrar-se na equipa multidisciplinar;
- Mostrou capacidade de reflexão soube motivar e aconselhar as utentes quanto ao cumprimento dos objectivos no processo de recuperação.



Assinatura do Orientador de Estágio

PARTE II - ESTUDO DE CASO

Explicação do Processo da Fisioterapia num caso de Incontinência urinária mista associada a cistocele

2.1. Resumo

O estudo de caso, a ser abordado neste trabalho, foi acompanhado na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, instituição direcionada para a intervenção na mulher e na criança. Para a realização deste estudo, a utente assinou um consentimento informado que permitiu a utilização dos seus dados em anonimato.

A utente, com 59 anos, apresentava o diagnóstico de incontinência urinária mista ligeira associada a presença de um cistocele. Encontrava-se em lista de espera para tratamento individual do Serviço de Uroginecologia há cerca de um ano. No primeiro contacto, dia 08/02/2013, após feita a avaliação subjetiva e objetiva, foram detetados os seguintes problemas: perda de urina, tanto em situações de esforço, como de urgência; urgência urinária; cistocele de grau I; fraqueza dos MPP; diminuição da coordenação dos MPP e diminuição da propriocepção de contração/relaxamento dos MPP. O conjunto destes problemas levava a limitação das atividades da vida diária, a aumento da ansiedade e a diminuição da qualidade de vida.

Perante o quadro clínico, estabeleceram-se, em conjunto com a utente, os objetivos de tratamento e definiram-se as estratégias de intervenção. Como se trata de uma terapêutica muito ligada ao ensino, foi importante o *feedback* da utente relativamente à perceção dos conteúdos abordados. Optou-se por técnicas que visam o aumento da força muscular ao nível do períneo, por estratégias que promovem a alteração de comportamentos e de hábitos de vida, pela utilização de dispositivos especialmente indicados para a condição em causa e pela promoção e consciencialização para a adoção de posturas mais adequadas. A longo prazo espera-se que a utente mantenha a prática do treino dos MPP para manutenção dos ganhos obtidos.

Após a aplicação do plano de intervenção, foram reveladas melhorias notórias em todos os parâmetros avaliados.

2.2. Introdução

A incontinência urinária (IU) é um problema comum, afetando cerca de dois terços de toda a população feminina, no entanto, não é apenas a paciente que é afetada, mas também a sua família e a sociedade. Devido à sua natureza embaraçosa, a sua prevalência falha em ser corretamente estimada, uma vez que grande parte das mulheres acaba por não chamar a sua condição à atenção de

um médico e, deste modo, estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres, com sintomatologia de IU, procura ajuda. (Murphy, Heit & Culligan, 2003; Smith, McCrery & Appell, 2006) A IU é também agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida (Botelho et al, 2007) e a sua prevalência não é unânime, variando consideravelmente, dependendo da idade da população em estudo, da metodologia do estudo e da definição do problema (Culligan & Heit, 2000) É um problema importante com implicações médicas, sociais e económicas. Em termos médicos, está associada a úlceras de decúbito, infeções do trato urinário, sepsis, insuficiência renal e aumento da mortalidade. Em termos sociais, as suas implicações incluem diminuição da autoestima, restrição das atividades social e sexual, depressão e, em casos graves, dependência de um cuidador, sendo um dos fatores na decisão de institucionalizar um idoso. A IU implica ainda um elevado impacto económico, tanto a nível de custos hospitalares como a nível dos gastos em protetores de incontinência ou medicação (Moura, 2005).

Segundo o *Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto* (2008) e com base na definição proposta pela *International Continence Society*, em Portugal Continental, a prevalência da IU é de 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens; sendo a prevalência mais elevada na faixa etária feminina dos 60 aos 79 anos de idade. Relativamente à incontinência urinária de esforço, esta apresenta uma prevalência de 8,7% nas mulheres e de 1,2% nos homens, sendo o tipo de IU mais frequente entre as mulheres (39,9%). Por sua vez, a incontinência urinária de urgência apresenta-se como o tipo mais frequente nos homens (56,4%).

À utente em estudo, foi-lhe feito o diagnóstico médico de incontinência urinária mista associada a cistocelo. A incontinência urinária, dentro do grande rol de disfunções uroginecológicas, pode ser persistente ou transitória, em que esta última é causada por alguma situação de instalação aguda que é facilmente reversível, estando, geralmente, associada a infeções urinárias, diabetes descompensada, uso de determinados fármacos, consumo de álcool ou cafeína, distúrbios emocionais ou obstipação (Botelho et al, 2007; Oliveira, Rodrigues & Paula, 2007). A classificação da severidade da IU, por sua vez, está relacionada com a caracterização da incontinência, quanto ao volume e forma das perdas de urina.

Dos seis subtipos de IU, os mais frequentes são a incontinência de esforço (IUE), incontinência de urgência (IUU) e a incontinência mista (IUM). A IUE caracteriza-se pela perda involuntária de urina na presença de um aumento da pressão intra-abdominal, causada por ações como tossir, espirrar, rir ou exercitar-se. (Murphy et al., 2003; Abrams et al., 2002) Para a sua fisiopatologia contribuem, em graus variáveis de importância, a hipermobilidade do colo vesical (secundária a um suporte anatómico pélvico fragilizado, isto é, a incapacidade dos músculos do períneo em assegurar níveis de pressão intrauretral superiores ao da pressão intravesical) e uma

deficiência intrínseca do esfíncter urinário (Botelho et al, 2007). Pode ainda acontecer, em pacientes com este subtipo de incontinência, que falhe não só o suporte à uretra, como também a pressão intrínseca da uretra, sendo o diagnóstico feito com base na combinação dos sintomas e de testes específicos, como a urodinâmica e cistouretroscopia. (Murphy et al., 2003)

A IUU trata-se de uma condição clínica crónica e aflitiva caracterizada pela urgência e frequência urinárias (Murphy et al., 2003). Esta pode subdividir-se em duas formas: numa condição devida à hipersensibilidade da bexiga, sem que haja atividade involuntária do detrusor, sendo a hipersensibilidade provocada por processos infecciosos/inflamatórios, corpos estranhos ou violação, em que os sintomas passam por, além da incontinência, polaciúria sem presença de urina residual, urgência miccional e noctúria, ou numa condição devida à hiperatividade do detrusor, em que há instabilidade do detrusor durante a fase de enchimento da bexiga e a sua atividade involuntária leva à perda de urina (Henscher, 2007). Por sua vez, a IUM refere-se a uma condição clínica em que há presença de um quadro sintomatológico característico, tanto de IUE, como de IUU. Normalmente, são casos em que não há uma clara prevalência de um determinado subtipo, cabendo ao profissional de saúde tentar quantificar qual a sintomatologia mais significativa, ou mais incomodativa para a paciente, e tratá-la de acordo com essa avaliação. (Murphy et al., 2003)

A utente apercebeu-se do início das perdas de urina após o último parto, aos seus 32 anos de idade e, segundo a literatura, o parto está diretamente relacionado com a IUE, uma vez que pode danificar a fásia endopélvica e o aporte nervoso dos músculos elevadores do períneo. Também a cirurgia pélvica extensa e outros traumas na região pélvica, assim como a obesidade e obstipação constituem fatores de risco para a IU. (Botelho et al., 2007; BØ, Berghmans, Morkved & Kampen, 2007) Pode também encontrar-se relacionado à IUE, a prática contínua de esforços exagerados, a idade avançada, tosse crónica, valores inadequados de estrogénio ou a sua diminuição durante a menopausa. (BØ et al, 2007) Quanto à IUU encontram-se associados a fraqueza do tecido conectivo, debilidade esfíncteriana, radioterapia, prolapsos dos órgãos pélvicos, défices hormonais e doenças neurológicas, como a esclerose múltipla ou Parkinson. (Getliffe & Dolman, 2007; Stephenson & O'Connor, 2003; Hendrix et al, 2002; Holroyd-Leduc & Straus, 2004).

A utente apresentava também um cistocelo de grau I, o qual consiste na descida sintomática da parede vaginal anterior. (Borello-France et al, 2007; Hagen, Stark, Glazener, Sinclair & Ramsay, 2009). O suporte normal dos órgãos pélvicos depende da integridade dos MPP, do tecido conectivo de suporte da vagina e da normal enervação. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de prolapso consistem na idade, paridade e força dos MPP. (Borello-France et al, 2007) Segundo Schröder et al. (2009), a histerectomia ou outras cirurgias pélvicas podem também estar relacionadas com o aumento do risco de desenvolvimento de prolapso. As consequências funcionais

do prolapso dos órgãos pélvicos incluem IU, disfunção miccional, incontinência fecal ou disfunção sexual (Hendrix et al, 2002). O tratamento passa pela cirurgia ou por métodos conservadores, os quais incluem fisioterapia para melhorar a função dos MPP (Hagen et al, 2009). Na categoria de métodos conservadores, pode incluir-se ainda o tratamento farmacológico.

Na avaliação inicial da utente foram identificados problemas como a perda de urina, tanto em situações de esforço, como de urgência; o aumento da frequência e urgência urinárias; a presença de um cistocelo de grau I; a fraqueza e a diminuição da qualidade da contração dos MPP; a diminuição da propriocepção das fases de contração e de relaxamento dos MPP e a consequente limitação na realização de atividades da vida diária. Por forma a ir de encontro à resolução dos problemas da utente, foi tida em conta a existência de diversos modelos de intervenção. Como se trata de uma terapêutica muito ligada ao ensino e à responsabilização da utente pelo seu prognóstico, foi importante o seu *feedback* relativamente à perceção dos conteúdos abordados. Assim, das diferentes abordagens clínicas possíveis a adotar (o modelo “*illness*”, o modelo “*wellness*” ou o modelo “*capacity*”), foi escolhida uma variação entre os modelos “*wellness*” e “*capacity*”. Tal deve-se à visão diferenciada do poder dos papéis que o profissional de saúde e o utente podem representar numa relação terapêutica. O modelo “*wellness*” preconiza uma abordagem centrada no utente, em que este detém um papel participativo ao longo da sua reabilitação, mas que permanece obediente perante o profissional de saúde, ao invés do modelo “*illness*” que se define por uma abordagem centrada no profissional de saúde, com o poder das decisões a intervir, e em que o utente é um sujeito passivo sem contribuição para o seu processo de recuperação. Por sua vez, no modelo “*capacity*” o profissional de saúde e o utente detêm a mesma importância e o mesmo poder de decisão, sendo um modelo baseado no *empowerment* do doente, em que o profissional apenas ajuda na resolução dos problemas. (McEwen, Flowers & Trede, 2003) A variação entre os modelos deve-se ao facto de que no momento da definição dos objetivos de tratamento, a opinião do utente é valorizada sem que isso domine o protocolo e manipule totalmente a sua formulação, havendo a junção de saberes do profissional e do utente, como o principal indivíduo conhecedor de si próprio – modelo “*wellness*”. Por sua vez, com o avançar do tratamento, na área da uroginecologia, muitas das intervenções estão sujeitas ao trabalho autónomo das utentes, o que requer que haja uma preparação *a priori* da utente, quanto às suas capacidades, em como serão as únicas responsáveis pela sua própria evolução – modelo “*capacity*”.

De acordo com as várias *guidelines* existentes, a IU pode ser tratada por cirurgia ou por meios conservadores, incluindo a fisioterapia. Vários são os procedimentos e os instrumentos que podem ser utilizados pelo fisioterapeuta para avaliar a utente com IU e medir a evolução do plano de intervenção. Segundo Henscher (2007), a definição do diagnóstico da fisioterapia resulta da

avaliação subjetiva e objetiva à utente. A avaliação da utente deve começar pela anamnese, com o levantamento de toda a história clínica, ginecológica e obstétrica, de modo a que o fisioterapeuta consiga relacionar os dados obtidos com a literatura, caracterizar a IU apresentada e identificar os fatores de risco associados ou outros diagnósticos que possam levar a investigação e tratamentos adicionais (NICE, 2006). A avaliação objetiva da utente passa, por sua vez, pela observação cuidada do períneo, pela palpação vaginal e o exame físico do pavimento pélvico.

A palpação vaginal é um método de eleição para o fisioterapeuta e permite investigar o pavimento pélvico, tanto em repouso, como durante o esforço, de forma a avaliar o estado da musculatura e a qualidade da contração dos MPP. Serve também para palpar as paredes musculares que compõem o canal – posterior, anterior e laterais - com a finalidade de pesquisar por prolapsos de órgãos pélvicos. (Henscher, 2007) BØ et al. (2007) afirmam que através deste método podem ser avaliados a pressão, a duração da contração e o deslocamento dos dedos do examinador durante o teste. Kegel descreveu o correto funcionamento dos MPP como uma contração em torno dos orifícios uretral, vaginal e anal, bem como um movimento no sentido cefálico que pode ser observado no períneo.

Relativamente ao exame físico, deve ser feita a avaliação da sensibilidade tátil do dermatomo associado ao períneo e da sensibilidade propriocetiva das fases de contração e de relaxamento do períneo. Um dos sinais que deve ser investigado, com a realização do teste da tosse, é a presença da manobra de valsalva, que se traduz positivamente com o movimento de abertura da configuração vulvar como resposta ao aumento da pressão intra-abdominal provocado pela tosse. Este sinal é tanto mais severo se ocorrer perda de algum conteúdo, seja de urina, fezes ou gases. Deste modo, é aconselhável que a execução do teste seja feita sem esvaziamento vesical próximo, respeitando a naturalidade dos eventos no momento da avaliação.

É também na fase de exame físico que, com a realização de palpação, se avalia a força e a coordenação muscular do pavimento pélvico, de acordo com a Escala de Oxford. Ainda assim, essa força pode ser igualmente medida por meio de um perineómetro. Este mede a pressão no interior da vagina e consiste numa sonda vaginal com um balão ligada a um manómetro. Assim, quando a utente contrai o pavimento pélvico, é feito o registo da pressão gerada e do período de tempo durante o qual ela é capaz de manter a contração (Oliveira et al., 2007). A avaliação da utente, para além dos aspetos básicos acima referidos, deverá ainda ser complementada pela avaliação postural e do padrão respiratório, assim como pela utilização de questionários e escalas de avaliação que permitam reconhecer a gravidade e severidade dos sintomas ou a perceção do estado saúde geral da utente e como a disfunção a afeta.

Para a avaliação objetiva dos sintomas e medição da severidade da IU podem ser utilizados um diário miccional, o *padtest* ou um questionário de perdas de urina durante as atividades físicas. O diário é um instrumento muito utilizado na prática da fisioterapia que ajuda a caracterizar a sintomatologia pela descrição das alterações que ocorrem ao nível da quantidade de perdas de urina e dos hábitos da utente (Henscher, 2007). A sua utilização permite que a utente se informe a si própria e ao fisioterapeuta sobre o grau, evolução e tipo de IU, através da recolha, de entre outras informações, do número e o motivo das perdas de urina ou da frequência urinária. As pacientes devem ser encorajadas a preencher um mínimo de três dias, de modo a abranger as diferentes atividades diárias realizadas, bem como dias de trabalho e dias de lazer (NICE, 2006). Uma vez que esta é uma tarefa que acaba por alterar as rotinas diárias, é fundamental que haja uma explicação detalhada da utilidade desta ferramenta, bem como das instruções para a sua realização, por forma a garantir a adesão à mesma (Getliffe & Dolman 2007; Baessler, Schüssler & Burgio, 2008). O *padtest*, ou teste do penso, consiste na realização de um protocolo específico que engloba várias atividades físicas ou esforços e, posteriormente, a pesagem do penso, quantificando a perda de urina. Sendo um teste de fácil execução e de baixo custo, a sua repetição permite a documentação da evolução do tratamento. (Henscher, 2007). Por sua vez, o questionário de perdas de urina durante atividades físicas foi construído por Kari BØ, tendo sido adaptado para a língua portuguesa e largamente utilizado pelos profissionais de saúde, embora não haja literatura que comprove a validação para a população portuguesa.

Laycock, em 1994, sugeriu ainda a utilização da escala de PERFECT como um dos métodos de avaliação objetiva do pavimento pélvico, conseguindo conjugar a avaliação da força, endurance e capacidade de repetição e de manutenção da contração dos MPP. (Laycock & Sherwood, 2001)

Outro aspeto de extrema importância que deve ser avaliado é a qualidade de vida do paciente com IU, considerando a perceção quanto ao seu estado de saúde geral e à condição clínica. O *King's Health Questionnaire* (KHQ) foi um instrumento construído e validado para o idioma inglês por Kelleher em 1997 e foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa, por Tamanini, D'Ancona, Botega e Netto em 2003. No entanto, encontra-se ainda em processo de validação para a população portuguesa. É considerado um instrumento específico para qualidade de vida em pacientes com IU que avalia tanto o impacto da IU nos diferentes domínios da qualidade de vida como os sintomas por elas percebidos, tendo-se mostrado confiável e válido na análise das propriedades psicométricas. Foi classificado como “altamente recomendável” ou “nível A” pela *International Continence Society*. O KHQ original é composto por 21 questões, divididas em oito domínios: perceção geral de saúde (um item), limitações em atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens), relacionamento pessoal (três itens),

emoções (três itens), sono/disposição (dois itens). Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). Estes itens são graduados em quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo”), à exceção ao item no domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e ao domínio relações pessoais (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”). O KHQ é pontuado por cada um dos seus domínios, não havendo, portanto, um score geral. Os scores variam entre 0 a 100%, em que quanto maior a pontuação obtida, pior a qualidade de vida relacionada àquele domínio.

Existe ainda o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) que tenta igualmente avaliar o impacto da IU na qualidade de vida de pacientes com IU. Foi originalmente desenvolvido e validado para a língua inglesa por Avery, Donovan e Abrams. É constituído por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU e por um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados com as causas ou situações de IU. (Tamanini, Dambros, D’Ancona, Palma & Netto, 2005)

Identificadas algumas das técnicas de avaliação, faz sentido falar das estratégias de intervenção que são utilizadas pela fisioterapia, de modo a promover o processo de resolução dos problemas. Nos últimos anos, o tratamento da fisioterapia na IU e nos prolapso dos órgãos pélvicos (POP) tem vindo a ganhar maior projeção, mostrando bons resultados e baixos índices de efeitos secundários, para além de apresentar custos reduzidos (Teixeira, Guimarães, Zimer e Oliveira, 2005; Felicíssimo et al., 2007). São várias as técnicas da fisioterapia que ajudam a controlar a incontinência e os prolapso, inserindo-se nas linhas de tratamento conservador e de primeira resposta. Não obstante a sintomatologia apresentada pelas mulheres, um dos principais objetivos do tratamento pela fisioterapia é o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, a melhoria da força e da função dessa musculatura e a promoção de uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal. Esse fortalecimento colabora positivamente na melhoria do tônus basal e das transmissões de pressões da uretra, reforçando o mecanismo normal de continência urinária e o correto suporte dos órgãos pélvicos.

Entre os vários meios de atuação da fisioterapia em IU e POP, destacam-se o treino de fortalecimento e de coordenação dos MPP, individualizado ou em grupo e associado, ou não, a *biofeedback* ou electroestimulação; a reeducação da bexiga, ou treino vesical; a reeducação postural ou ainda programas comportamentais para alteração de hábitos para prevenção de perdas. (Culligan & Heit, 2000; Stephenson & O’Connor, 2003)

Os exercícios de Kegel consistem na realização de um programa de contrações repetidas e voluntárias dos MPP (Holroyd-Leduc & Straus, 2004), com o objetivo de aumentar a força, endurance, velocidade de contração e coordenação dos MPP em diferentes situações, apresentando benefícios nos três tipos principais de IU (Neumann & Morrison, 2008; Polden & Mantle, 1997). Kegel reportou, em 1948, uma taxa de cura de 84% após treino dos MPP em mulheres com vários tipos de IU (Bø, Talseth & Holme, 1999). Um programa efetivo de treino dos MPP tem mostrado aumentar a força de contração, assim como aumentar o tônus de repouso dos MPP, o que fornece um maior suporte aos órgãos e estruturas pélvicas (Neumann & Morrison, 2008). Pode ser desenvolvido com resultados significativos de forma isolada ou em conjunto com técnicas de *biofeedback* e electroestimulação (Holroyd-Leduc & Straus, 2004; Ferreira & Santos, 2011).

Deve ser mantido um programa de treino diário durante, no mínimo, três meses, sendo um método de tratamento seguro e efetivo para a IUE ou IUM (NICE, 2006). Ainda assim, a duração total dos tratamentos está preconizada na literatura para três a seis meses até à resolução do quadro clínico que levou ao aparecimento da IU (Ferreira & Santos, 2011)

Vários estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de analisar os efeitos das várias vertentes de tratamento para a IU, isoladamente ou combinando diferentes técnicas. Janssen, Lagro-Janssen & Felling (2001) referem que um programa de fisioterapia individual ou em grupo, realizando exercícios de fortalecimento dos MPP e treino vesical, leva a diminuição de frequência média de perdas urinárias e melhoria da severidade da IU. Todas essas melhorias persistiram por nove meses. Uma revisão sistemática desenvolvida por Dumoulin & Hay-Smith (2008) procurou determinar os efeitos do treino dos MPP em mulheres com IU em comparação com a ausência de tratamento e tratamento placebo. Concluiu-se que o treino dos MPP é mais eficaz do que nenhum tratamento ou fármacos placebo em mulheres com IUE, IUU ou IUM. As mulheres que realizam treino dos MPP referem mais frequentemente a cura ou melhorias da sintomatologia, apresentando menos episódios de perdas de urina diárias. Este estudo sugeriu ainda que o efeito do tratamento é mais significativo em mulheres com IUE e mais jovens (entre os 40 e os 50anos) que participaram num programa de treino dos MPP supervisionado por um período de, pelo menos, três meses.

Vários estudos têm igualmente sugerido a aplicação de *biofeedback*, não como método de tratamento, mas com um auxiliar. Os principais instrumentos são o perineómetro (em que a sonda vaginal é composta por um balão ligado a um manómetro) e o *biofeedback* por sonda com captação de atividade elétrica. (Henscher, 2007; BØ et al, 2007) A utilização deste método tem-se mostrado útil em utentes com dificuldade de aprendizagem da contração correta dos MPP, ajudando na sua motivação, estimulando a realização de contrações mais fortes e mais longas e permitindo que a utente contraia seletivamente os seus MPP (Henscher, 2007; Berghmans et al, 1996). Porém, existe

literatura que defende que o *biofeedback* não apresenta qualquer efeito adicional à eficácia do treino dos MPP, como a que defende que os resultados são mais bem sucedidos e mais duradouros (Henscher, 2007; Ferreira & Santos, 2011). Berghmans et al. (1996) consideraram que o treino dos MPP combinado, ou não, a *biofeedback* é efetivo, com bons resultados à 6ª sessão de uso do *biofeedback*. Num estudo de Mørkved, Bø e Fjørtoft (2002), para comparação do efeito de um programa de treino individual dos MPP com e sem a aplicação de *biofeedback*, concluiu-se que a taxa de cura foi alta e a redução nas perdas urinárias após o tratamento foi estatisticamente significativa em ambos os grupos, não se verificando diferenças significativas entre a adição de *biofeedback* ao treino dos MPP.

Outro método também utilizado é a electroestimulação, a qual pode ser aplicada a mulheres com os três tipos principais de IU, para diferentes fins: antálgico, inibidor do músculo detrusor ou excitomotor (Schröder et al, 2009). Contudo, o treino ativo dos MPP é preferível na doente que consegue contrair os seus MPP da forma adequada, ou seja, em graus superiores a II, segundo a Escala de Oxford (Henscher, 2007). A literatura indica que a electroestimulação isolada parece não ser um tratamento eficaz, havendo consenso de que, para ganho de força muscular, contrações musculares desencadeadas por estímulos elétricos são menos eficazes do que contrações voluntárias (Gomes, Ribeiro & Baracat, 2010).

Num estudo de Brubaker, Benson, Bent, Clark e Shott (1997), o uso de electroestimulação levou à resolução da sintomatologia em 49% das mulheres com IUU, mas no grupo de IUE não houve diferenças estatisticamente significativas, sendo considerado um tratamento efetivo para a hiperatividade do detrusor, associada ou não a IUE. Bø, Talseth e Holme (1999) compararam os efeitos do treino dos MPP, electroestimulação, cones vaginais e ausência de tratamento. Os resultados do estudo mostraram melhorias na força muscular significativamente superiores após exercícios dos MPP, comparativamente à electroestimulação ou à utilização de cones vaginais. A redução nas perdas urinárias foi superior no grupo de exercício, comparativamente ao grupo da electroestimulação e ao grupo com cones vaginais.

A aplicação de um programa educacional é outro método de intervenção que passa pelo ensino de estratégias que visam a alteração de comportamentos e hábitos de vida nas mulheres que sofrem de perdas involuntárias de urina. Foi um método inicialmente utilizado nos anos 40, mas só em 1988 na *National Institutes of Health Consensus Conference on Urinary Incontinence in Adults*, foi reconhecida a sua eficácia, sendo feita a recomendação para que a primeira abordagem consistisse na aplicação de procedimentos menos invasivos e menos perigosos, ou seja, na aplicação de um programa de alteração comportamental. Mais recentemente, foi recomendado como tratamento de primeira-linha pela *Guideline for Urinary Incontinence* desenvolvida pela *Agency for*

Health Care Policy and Research of the U.S. Department of Health and Human Services. Todavia, é uma prática que não está totalmente integrada na rotina clínica, talvez pelo facto de esta intervenção exigir uma maior duração. A falta de profissionais de saúde com habilitações específicas para o correto acompanhamento pode também ser um fator de rejeição. (Burgio, 2004)

Este programa pode incluir vários conteúdos, tantos consoante os problemas apresentados pela utente, sendo formulado e dirigido para a sua resolução. Um dos conteúdos mais empregados neste tipo de intervenção é o treino de reeducação da bexiga, com o qual se pretende que a utente aprenda a ativar o controlo neural da bexiga e levar os MPP a fechar a uretra, prevenindo perdas de urina. Estas estratégias têm demonstrado ser mais eficazes que a medicação (Neumann & Morrison, 2008) e incluem planos para aumentar o tempo de intervalo entre as micções e o uso de horários de micção que são progressivamente adaptados (Holroyd-Leduc & Straus, 2004). É um método de intervenção efetivo, sem efeitos adversos e com taxas de recaída inferiores ao tratamento com drogas antimuscaríneas, que deve ser mantido durante um mínimo de seis semanas (NICE, 2006). Segundo Subak, Quesenberry, Posner, Cattolica e Soghikian (2002), esta abordagem vem descrita em vários estudos como eficaz na redução do número de episódios de incontinência, seja de esforço ou de urgência, em cerca de 50 a 80% e que $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ das mulheres em estudo conseguiu alcançar a continência total, sendo este um valor semelhante àquele obtido em estudos relativos ao uso de terapias farmacológicas. Por sua vez, no seu estudo, que consistia na aplicação de um programa de alterações comportamentais durante 6 semanas, o grupo de tratamento apresentou uma redução de 50% da média do número de episódios de incontinência, mantendo resultados positivos passados 6 meses da intervenção. No geral, metade da população em estudo obteve uma redução de 50% na frequência da incontinência e 31% estavam continentas no final do estudo.

Segundo Wyman, Burgio e Newman (2009), a evidência que suporta o uso de estratégias para o treino comportamental e da bexiga é forte, enquanto que a evidência para as modificações do estilo de vida é ainda relativamente limitada. Dallosso, McGrother, Matthews, Donaldson, e Leicestershire MRC Incontinence Study Group (2003) investigaram o papel da dieta e de outros fatores de estilo de vida na incidência de IUU e IUE em 6424 mulheres de idade igual ou superior a 40 anos. Verificaram existir um aumento significativo do risco de IU em casos de obesidade, fumadoras e consumo de bebidas gaseificadas. Desta forma, a modificação comportamental pode desempenhar um papel importante na prevenção e tratamento da IU.

Outro conteúdo, ainda que, pela literatura, menos abordado no contexto de programas comportamentais, é a reeducação postural. São os músculos que compõem o pavimento pélvico, que conferem contenção aos órgãos pélvicos e os suportam aquando de um aumento da pressão intra-abdominal. Por sua vez, essa pressão abdominal exercida contra o pavimento pélvico, pode

aumentar ou diminuir conforme o posicionamento da bacia. Rodrigues, Scherma, Mesquita e Oliveira (2005) compararam a eficácia do treino dos MPP e da electroestimulação, associados a correção postural em três mulheres com IU (duas mulheres com IUE e uma mulher com IUM). A avaliação consistiu na anamnese clínica, exame físico e postural, com aplicação do *padtest*, avaliação funcional do pavimento pélvico e escala visual analógica (EVA). O programa de tratamento consistiu em 10 sessões com programa de treino dos MPP e electroestimulação. As três mulheres realizaram ainda exercícios de correção postural. Após a intervenção, verificou-se diminuição nas perdas urinárias (em 93,6% na utente 1, de 90,8% na utente 2 e de 97,3% na utente 3), ganho de força nos MPP (de um valor médio inicial de 1,2 e final de 2,5 na avaliação do períneo), com melhoria do mecanismo esfinteriano e ganho de flexibilidade muscular das cadeias anterior e posterior (indicando uma correção postural). Concluíram que a intervenção proposta mostrou ser eficaz no tratamento da IU nas três mulheres. Fozzatti, Palma, Herrmann e Dambros (2008) analisaram os efeitos da reeducação postural global na IUE e na qualidade de vida em vinte e seis mulheres com IUE. Após avaliação por anamnese, exames clínicos e uroginecológico e avaliação postural, todas as mulheres foram submetidas a tratamento com Reeducação postural global (RPG), em sessões individuais de cinquenta minutos, semanais durante três meses e quinzenais durante mais três meses. As utentes foram submetidas a posturas de alongamento propostas pela técnica, em que se coloca em tensão as cadeias musculares responsáveis pela postura estática e estrutural do corpo. No final do tratamento, e após seis meses, as utentes foram reavaliadas através do questionário de impressão geral de melhoria, do KHQ, da perceção geral de saúde, da avaliação funcional dos MPP e do número de trocas de pensos diários. No final do estudo, quatro utentes (16%) estavam curadas, dezoito (72%) melhoraram significativamente e três (12%) não apresentaram melhorias. Após seis meses, seis (24%) estavam curadas, dezasseis (64%) melhoraram e três (12%) não apresentaram melhorias. A qualidade de vida apresentou melhorias significativas em todos os domínios questionados, com destaque para a perceção geral da saúde, impacto da incontinência e número de episódios de perda. A avaliação funcional dos MPP e o número de troca de pensos/dia também mostrou melhorias significativas. Concluíram, assim, que a RPG pode ser uma alternativa para o tratamento da IUE.

Quanto à presença de prolapsos pélvicos, a qual é diretamente influenciada por um quadro clínico de fraqueza dos MPP, a intervenção com vista ao fortalecimento dessa musculatura é uma das estratégias discutida na literatura. Muitos fisioterapeutas especializados em saúde da mulher oferecem o treino dos MPP como tratamento para casos de prolapsos pélvicos. A abordagem de intervenção passa pelo ensino dos exercícios, pelo exame físico e pela prestação de aconselhamento sobre mudanças de estilo de vida, podendo ainda incluir o uso de estimulação elétrica ou de

biofeedback. Num estudo de Hagen, Stark, Glazener, Sinclair e Ramsay (2009) que pretendia avaliar a eficácia do treino dos MPP em mulheres com prolapso de grau I ou II, foi aplicado ao grupo de estudo de um programa de 16 semanas de treino associado a aconselhamento sobre mudanças de estilo de vida e ao grupo de controlo apenas o aconselhamento. O grupo de tratamento teve melhorias na sintomatologia do prolapso significativamente maiores do que o grupo de controlo e era significativamente mais propenso a melhorar o estadio do prolapso e a dizer que o seu prolapso estava melhor.

Embora haja imensa literatura que comprova a eficácia do treino dos MPP no tratamento da IU, existe ainda pouca evidência que seja clara quanto à sua aplicação clínica e à relação custo-eficácia no tratamento de prolapso. (Hagen et al., 2009)

Após o enquadramento geral do caso e a exposição de evidência científica que suporta a interpretação da condição clínica, importa referir os principais objetivos deste estudo de caso. Uma vez que a incontinência urinária é uma condição que afeta parte da população portuguesa, não só feminina como também masculina, é importante verificar o efeito que a fisioterapia desempenha na melhoria dessa condição e na qualidade de vida do utente. Este estudo, tem assim por objetivo verificar o efeito que as técnicas da fisioterapia desempenham na melhoria da incontinência urinária mista e do cistocelo e na qualidade de vida da utente em causa. Outro objetivo deste trabalho, prende-se com o facto de contribuir para a aprendizagem da elaboração de um trabalho científico que, embora de fraca evidência, pode constituir uma importante ferramenta para a intervenção do fisioterapeuta.

2.3. Apresentação do caso

Descrição do sujeito/história, revisão de sistemas

A utente é do sexo feminino, tem 59 anos, é de raça caucasiana e é casada. Encontra-se a desempenhar funções de empregada doméstica em casas privadas e iniciou o tratamento individual no dia 08/02/2013. O historial da utente indicava que a primeira ligação ao serviço de fisioterapia se deu por referência médica, pela consulta de Uroginecologia da MAC, por apresentar um diagnóstico médico de incontinência urinária mista e de ligeira incontinência de gases e que se encontrava em lista de espera para tratamento individual há cerca de um ano. Na altura, frequentou as classes de ensino, constituídas por uma primeira classe seguida de avaliação individual e por uma segunda classe passados três meses. Por não ter apresentado melhorias significativas após esta abordagem, foi encaminhada para a lista de espera. A utente referiu manter a elevada dependência do uso de pensos higiénicos devido às perdas de urina quer por esforço quer por urgência, embora a

incontinência de gases ter sido suprimida. Apresentava força dos MPP de grau III para ambas as formas de contração dos MPP e manobra de valsalva com mínima perda de urina, nas duas etapas de avaliação do teste da tosse.

Tem historial de dois partos eutócicos sem lacerações ou episiotomia, em 1979 (utente com 25 anos) e em 1986 (utente com 32 anos). A utente referiu que as perdas tiveram início após o último parto, mas que com o passar do tempo e a entrada na menopausa agravaram consideravelmente ao ponto de procurar tratamento. Ainda assim, não apresentou sinais de incontinência durante as gravidezes e os bebés, à nascença tinham 3,300kg (o primeiro) e 3,560kg (o segundo). Entrou na menopausa aos 48 anos, de forma natural. Até então, a sua menstruação era irregular, com cerca de sete dias por ciclo, tendo usado como métodos contraceptivos espuma (durante cerca de 20 anos) e dispositivo intrauterino (durante cerca de oito anos). Atualmente, a utente refere ter relações sexuais sem queixa de dor ou de desconforto. No entanto, no passado refere já ter perdido urina durante as mesmas e ter sentido dor durante todo o coito – situação prolongada por anos após os partos. Refere ter alguma secura vaginal, com incidência após a menopausa, mas que usa para o efeito um lubrificante vaginal recomendado pela ginecologista.

Apresenta como antecedentes pessoais tendência para hemorroidas, que agravou com os partos, e depressão, tendo já sido acompanhada psicologicamente. Atualmente, já não toma medicação para a IU, mas continua a administração de antidepressivos. Já foi submetida a uma cirurgia pélvica para reposicionamento do cistocelo (em 2005) e a uma cirurgia às mãos (1999).

A avaliação inicial realizada no primeiro encontro revelou que a utente apresentava perdas de urina, não só ao esforço (em situações de tosse, espirro e riso, na mudança de posição e em repouso), como também perante situações de urgência. Para ambos os tipos de incontinência, refere ter perdas “frequentemente”. Estas são percebidas sob a forma de esguicho e tiveram início após o último parto aos 32 anos, ainda que de uma forma mais ligeira. Para além da situação de IU, referiu ainda apresentar urgência urinária, mas não retenção, nem disúria. Refere ter um fluxo urinário contínuo sem problemas ao iniciá-lo. Essa urgência é desencadeada por ações como mexer ou ouvir água, colocar a chave na porta de entrada no prédio e ao longo do dia em situações esporádicas (*sic*). Tais situações fazem com que se desloque assiduamente à casa-de-banho. Tem assim uma frequência de micção de cerca de 10 vezes durante o dia (de 30 em 30 minutos normalmente) e de uma a duas vezes durante a noite e usa pensos higiénicos com capacidade média de absorção, trocando-os cerca de cinco a seis vezes ao dia. Não apresenta perda de fezes ou gases, nem urgência fecal, mas tem períodos de obstipação, para os quais toma medicação, conseguindo assim evacuar cerca de três vezes por semana.

Apresenta um cistocelo (prolapso da bexiga) de grau I, desde os 52 anos, mas não refere desconforto ou dor perante esta situação (Escala Analógica – 0)

No geral, não apresenta nenhum hábito de vida prejudicial à sua condição, nem exagerada proeminência abdominal. Mede 1,62m, pesa 69kg e tem um IMC≈26,29, apresentando já algum excesso de peso.

Dados sócio-demográficos

A utente reside na área metropolitana de Lisboa, sendo fácil e rápido o acesso à MAC, por meio de transportes públicos. Reside com o marido, que participa minimamente nas tarefas domésticas.

É uma pessoa bastante ativa, totalmente independente, que participa em atividades solidárias e de voluntariado numa associação sem fins lucrativos da comunidade onde reside e que, até recentemente, participava em classes de hidroginástica. A desistência da frequência dessas classes deveu-se a um agravamento da sua condição clínica que a deixava constrangida por perder urina sem ter nenhum tipo de proteção. Outras queixas referidas são as perdas de urina quando se agacha, especialmente ao atar os sapatos, e nas tarefas domésticas, especialmente nas limpezas de casa, funções que estão diretamente relacionadas com a sua profissão.

A utente referiu que estes tratamentos seriam bastante importantes para ela e que, apesar de já ter frequentado as classes de ensino, admite que o trabalho autónomo foi bastante difícil para ela. No entanto, reconheceu que com maior empenho, os resultados poderiam ter sido melhores e mais duradouros. Atualmente, diz que a sua condição lhe provoca um compromisso a nível higiénico, profissional, desportivo e social e que se encontra bastante motivada para a sua melhoria.

Expectativas face à Fisioterapia

Como já realizou treino de fortalecimento dos MPP anteriormente, ainda que em contexto autónomo e sem acompanhamento direto da fisioterapeuta, a utente tinha já a noção do tipo de tratamento que lhe seria indicado. Daí, os seus objetivos irem de encontro à diminuição das perdas de urina aliada à diminuição do compromisso diário que estas lhe provocam, nomeadamente ao nível da sua profissão.

2.4. Exame físico

Todos os métodos de avaliação aplicados decorreram da pesquisa da literatura, tendo sido considerados fundamentais para efeitos da melhor avaliação possível. Todos eles foram então escolhidos pela sua validade e fidedignidade, encontradas ao longo da literatura.

A primeira fase de avaliação objetiva iniciou-se pela **observação do períneo**. Foi pedido à utente que se despiquesse da cintura para baixo e protegesse a zona da bacia com uma das folhas de celulose no local e que se colocasse em decúbito dorsal, com abdução e flexão das coxas e flexão dos joelhos, mantendo os pés juntos. Por esta observação pretendeu-se avaliar a configuração vulvar, a simetria dos grandes lábios, a cor, o estado de hidratação das mucosas e a presença de corrimento ou de cicatrizes. A fisioterapeuta encontrava-se sentada, lateralmente à utente. O períneo apresentava então uma coloração normal (rosada), com formato simétrico e tanto a vulva como o meato uretral se encontravam encerrados.

Antes de prosseguir a avaliação, foi colocada a questão quanto à possibilidade de existência de alguma infeção urinária. Com resposta negativa, tanto pela utente como pela observação, e após despistadas quaisquer *yellow* ou *red flags*, prosseguiu-se então a avaliação.

Por esta altura foi também realizado o teste de **sensibilidade superficial** que pretendeu avaliar a sensibilidade tátil nas zonas do dermatomo associadas ao períneo. Foi portanto analisada por meio de toque bilateral e alternadamente, na zona interna das coxas, nos grandes lábios e no fundo das nádegas. A resposta da utente foi registada e a sensação foi percebida de forma normal, e bilateral, em todas as zonas avaliadas.

De modo a testar a presença da **manobra de valsalva**, foi pedido o teste da tosse. Este consiste na avaliação da reação do pavimento pélvico (PP) face a um aumento da pressão intra-abdominal (tosse), por meio de observação com a utente deitada. É constituído por duas etapas: tosse sem associação de contração do PP e tosse associada a contração simultânea do PP. Idealmente, deverá ser feito com a bexiga cheia. Um resultado positivo transmite-se pela abertura exagerada da configuração vulvar e do meato uretral, associada ou não a perda de conteúdo, e sugere presença de fraqueza dos MPP, hipermobilidade do colo vesical ou de insuficiência dos esfíncteres urinários. Se a anamnese for altamente sugestiva de IUE, mas mesmo assim não houver perda de urina, pode ser um sinal sugestivo de cistocelo, devendo repetir-se o teste na posição de pé. O resultado é tanto mais severo se for positivo aquando da associação da tosse à contração dos MPP. A resposta ao teste foi então positiva para ambas as formas de avaliação. Apenas houve perda de urina na primeira etapa do teste, sugerindo alguma contenção muscular na envoltória da uretra. A bexiga tinha sido esvaziada há cerca de uma hora e a utente referia ter já vontade de urinar novamente. A presença do cistocelo (diagnosticado clinicamente) não perturbou o teste.

Procedeu-se então à **palpação vaginal**, a qual permite avaliar o estado da musculatura do pavimento pélvico, em repouso ou em esforço. Esta deverá, preferencialmente, ser feita bidigitalmente e com colocação de um gel lubrificante, de modo a facilitar a sua introdução no canal vaginal. Os dedos devem ser introduzidos até cerca de 5cm de profundidade. É, então, feita a

pesquisa por POP ou cicatrizes e avaliada a musculatura e a qualidade da contração dos MPP. Nesse momento de avaliação deve ser pedido à utente para realizar contrações dos MPP, rápidas e mantidas no tempo, por forma a identificar a **sensibilidade propriocetiva** da utente quanto às fases de contração e de relaxamento muscular. É condição essencial para a realização da palpação vaginal que a utente seja informada quanto à finalidade do exame, assim como dê seu pleno consentimento. Pela palpação, foi notória a ligeira laxidão das paredes da vagina e o ligeiro abaulamento da parede anterior foi sugestivo da presença do cistocelo. A musculatura não mostrou firmeza ao toque, nem se conseguiu identificar o ventre muscular. Posteriormente, pediu-se à utente para contrair e relaxar os seus MPP e perguntou-se se sentia, tanto a contração, como o relaxamento. A utente referiu que conseguia sentir a contração do PP, mas não o relaxamento. Foi-lhe dado *feedback* para correção, começando imediatamente a realizar corretamente a contração dos MPP com a devida fase de relaxamento posterior.

Durante a contração deverá ser visível externamente o movimento de encerramento da vulva e, nos dedos da examinadora, deverá ser sentida uma pressão para dentro (sentido cefálico) e para cima (sentido do osso púbico), bem como uma compressão circular. Pela palpação vaginal, consegue-se ainda avaliar a **força muscular** do PP. Esta é feita de acordo com a escala de Oxford, que preconiza que num grau 0 não se percebe nenhum movimento; num grau I existe um movimento e uma intenção de contração muito ténue; num grau II existe uma contração fraca mas nitidamente perceptível no dedo do examinador; num grau III existe uma força de contração moderada, com percepção nítida no dedo do examinador e movimento do períneo para cima e para dentro, visível externamente; num grau IV há uma contração firme em torno dos dedos do examinador, comprimindo-os ligeiramente e, finalmente, num grau V deverá existir força muscular intensa, com uma contração contra resistência que consiga comprimir os dedos do examinador e em que deverá ser sentido o movimento de sucção neles. A força foi então quantificada como um grau II, por se sentir a contração, mas não haver visibilidade a nível externo.

Quanto à **observação postural**, registou-se uma má postura na posição de sentada, com apoio sobre o cóccix/região sagrada e na posição bipedal retificação da coluna lombar associada a bacia em báscula posterior. Sabe-se que um correto posicionamento dos segmentos corporais ajuda na ótima distribuição das forças e pesos exercidos e a posição neutra da bacia permite a funcionalidade normal dos mecanismos de suporte dos órgãos pélvicos. Quando explicado e exemplificado, a utente mostrou conseguir realizar básculas.

Quanto ao **padrão respiratório**, a utente realizava eficazmente uma respiração abdomino-diafragmática, como consequência da aprendizagem nas classes de hidroginásticas frequentadas.

Para quantificar a evolução da paciente, foram também aplicados alguns instrumentos de avaliação. A sua utilização é pertinente para a melhor avaliação possível da utente e para a concretização de um registo clínico com acurácia. A escolha dos instrumentos foi baseada na evidência e de acordo com a sua capacidade de aplicação à utente em estudo. Na **escala de PERFECT**, a utente obteve um *score* de P=2; E=4; R=6; F=5; ECT=16. No **questionário de perdas de urina durante as atividades físicas**, obteve um índice de 3,63 (entre categoria por vezes e frequentemente). Para a avaliação do impacto da IU na perceção da qualidade de vida, foi utilizado o *King's Health Questionnaire*, uma vez que se apresenta como uma avaliação mais extensiva do que o ICIQ-SF e é o questionário que recorrentemente é utilizado pelo SF. Os *scores* obtidos foram então: perceção geral de saúde – 50%; impacto da incontinência – 100%; limitações das AVD – 100%; limitações físicas – 66,67%; limitações sociais – 66,67%; relações pessoais – 66,67%; emoções – 33,33%; energia/sono – 33,33%; medidas de gravidade – 100%.

Foi também preenchido um **diário miccional** de três dias, não consecutivos, em que os resultados foram: média de urina miccionada de 1465,4ml; média de quantidade por micção – 203ml; frequência urinária média de 9 vezes; frequência urinária noturna média de 1 vez; média de líquidos ingeridos – 1985,66ml (ao quais maioritariamente água e café com leite); número médio de perdas por dia – 8,65 (associadas principalmente a espirros, tosse, lida doméstica e situações de urgência).

Para quantificação da força dos MPP, foi também utilizada a **perineometria**, por sonda vaginal com um balão ligada a um manómetro, sendo registados valores de 10mmHg para as contrações rápidas e de 9mmHg para as contrações mantidas no tempo.

Chegando ao fim do exame subjetivo e objetivo, pôde-se definir um diagnóstico em fisioterapia, tendo em conta toda a informação que foi recolhida, os problemas encontrados e de que forma este se relacionam e interferem no bem-estar e no quotidiano da utente.

2.5. Diagnóstico em Fisioterapia

Para se poder determinar o diagnóstico em Fisioterapia, foi utilizado o esquema da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Esta é uma ferramenta de grande utilidade no momento do raciocínio clínico e é tida como processo interativo e de evolução, na compreensão da relação entre os problemas causais e os fatores pessoais e ambientais, que possam constituir uma limitação ou uma facilitação. A análise dos problemas da utente através da CIF encontra-se então descrita abaixo. Os problemas identificados foram organizados como problemas reais e potenciais.

Problemas reais	
<u>Alterações da estrutura e função</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda de urina em situações de esforço e de urgência urinária ▪ Diminuição da força dos MPP – grau II ▪ Diminuição da coordenação da contração dos MPP, com compromisso na sua qualidade – contração dos MPP realizada sem harmonia perceptível entre as várias paredes da vagina ▪ Diminuição da propriocepção das fases de contração e relaxamento dos MPP ▪ Alterações na função vesical, com presença de distúrbios na fase de enchimento e esvaziamento associada a hipersensibilidade da bexiga ▪ Sintomatologia urinária - aumento da frequência e urgência urinárias e noctúria ▪ Cistocelo de grau I – não causa dor ou ▪ Alterações do funcionamento intestinal, com episódios de obstipação ▪ Excesso de peso ▪ Alterações posturais
<u>Limitações funcionais</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitação de atividades, devido ao conhecimento de situações que, à partida, poderão provocar perda de urina ▪ Desconforto ao atar os atacadores ou a agachar-se, por perda de urina ▪ Alterações do padrão de sono, por noctúria ▪ Dificuldade em executar trabalho que envolva mexer ou ouvir água
<u>Restrições da participação</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuição da qualidade de vida, com compromisso social, profissional, desportivo e higiénico ▪ Diminuição da qualidade do trabalho desempenhado a nível profissional ▪ Desistência de classes de hidroginástica ▪ Diminuição da disponibilidade para funções de voluntariado ▪ Dificuldade a entrar no prédio sem perder urina ▪ Dificuldade em atar os sapatos sem perder urina ▪ Dificuldade em agachar-se sem perder urina ▪ Dificuldade em fazer a lida doméstica, tanto a nível pessoal, como profissional
Problemas potenciais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontinência fecal ou de gases, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP ▪ Aumento do risco de desenvolvimento de infeções do trato urinário, pela alteração do normal funcionamento da bexiga e pelo uso de pensos higiénicos ▪ Aumento do risco de desenvolvimento de outros prolapso ▪ Aumento da severidade do cistocelo ▪ Disfunção sexual, devido ao cistocelo ▪ Diminuição da autoestima e risco de agravamento do quadro de depressão, por incapacidade de resolução da condição ▪ Risco de diminuição da ingestão de líquidos, por receio de maior número de perdas. 	

Fatores pessoais e ambientais

	Fatores pessoais	Fatores ambientais
Limitadores	Idade Menopausa Cistocelo Obstipação História anterior de cirurgia pélvica Depressão e medicação antidepressiva	Profissão diretamente associada com sintomatologia Fraco apoio familiar
Facilitadores	Ativa no seu dia a dia Motivada para tratamento	Custo de pensos higiénicos

Limitação das atividades da vida diária (que provocam situações de esforço ou de urgência urinária e que levam a perdas de urina) e diminuição da qualidade de vida (em praticamente todos os domínios), por alterações no funcionamento da bexiga, por hipersensibilidade da bexiga, fraqueza dos músculos do pavimento pélvico e diminuição da coordenação e da propriocepção de contração/relaxamento dos MPP.

2.6. Prognóstico em Fisioterapia

Segundo as normas da fisiologia do exercício para hipertrofia muscular, uma intervenção, com base neste conceito, deverá persistir durante 5 meses. O tratamento da IU e de POP, para apresentação de resultados concretos, por meio da aplicação de um plano de intervenção que utilize como abordagem principal um programa de treino de fortalecimento dos MPP, deverá ser cumprido durante, no mínimo, três meses. (NICE, 2006) No entanto, outros autores descrevem que para a regressão completa da IU, deverão ser necessários três a seis meses (Ferreira & Santos, 2011).

Deste modo, e contabilizando os problemas identificados e os fatores pessoais e ambientais, é esperado que a resolução da sintomatologia de IUM se dê num prazo de 4 meses, sem limitações de atividades ou compromisso da qualidade de vida.

2.7. Objetivos da Intervenção

Curto prazo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção da consciencialização dos MPP, através de palpação vaginal e do uso de <i>biofeedback</i>, em 1 semana; ▪ Redução de 25% das perdas de urina: <ul style="list-style-type: none"> ○ Em situações de urgência urinária, por eliminação da sensação de urgência, através da realização de contrações seletivas e mantidas dos MPP, de reeducação da bexiga e da aplicação de um programa comportamental, avaliado por anamnese e diário miccional, em 4 semanas; ○ Em situações de esforço, pelo fortalecimento dos MPP e pela aplicação de um programa comportamental, avaliado pela palpação vaginal e pelo diário miccional, em 4 semanas; ▪ Redução de 20% da frequência urinária, através de reeducação da bexiga e da aplicação de um programa comportamental, avaliado por diário miccional, em 4 semanas; ▪ Eliminação da noctúria, através da aplicação de um programa comportamental, avaliado por anamnese e por diário miccional, em 4 semanas; ▪ Fortalecimento dos MPP associado a melhoria da qualidade e da coordenação da contração, através de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, avaliado por palpação vaginal, teste da tosse, perineometria e escala de PERFECT, em 4 semanas; ▪ Promoção de uma postura mais adequada, através de técnicas de consciencialização e de exercícios de reeducação postural, avaliada por observação, em 4 semanas; ▪ Promoção da motivação/adesão ao tratamento, assim como o interesse pela correta forma de participar, através de <i>feedback</i> verbal da fisioterapeuta; ▪ Promoção da prática de exercício físico, para aumento da mobilidade e para perda de peso, através de <i>feedback</i> verbal da fisioterapeuta.
Médio prazo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução de 75% das perdas de urina, avaliado por anamnese, palpação vaginal, diário miccional, em 8 semanas; ▪ Normalização da frequência urinária, por eliminação da sensação de urgência, através de reeducação da bexiga e da

aplicação de um programa comportamental, avaliado por diário miccional, em 8 semanas;

- Fortalecimento dos MPP associado a melhoria da qualidade e da coordenação da contração, através de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, avaliado por palpação vaginal, teste da tosse, perineometria e escala de PERFECT, em 8 semanas;
- Melhoria da qualidade de vida, por diminuição das limitações causadas pela condição clínica, avaliada por KHQ, em 12 semanas;
- Melhoria da situação do cistocele, por fortalecimento dos MPP, avaliado por palpação vaginal, em 12 semanas.

Longo prazo

- Eliminação das perdas de urina, pelo progressivo aumento da força dos MPP e pela aplicação de um programa comportamental, avaliado por anamneses e por diário miccional;
- Eliminação das limitações causadas pela condição clínica;
- Promoção da prática de exercício físico, para aumento da mobilidade e para perda de peso;
- Normalização da qualidade de vida, através da melhoria da condição da utente;
- Reforço da consciencialização para a manutenção de posturas adequadas.

2.8. Intervenção

As *guidelines* existentes, alusivas ao diagnóstico e tratamento da IU, têm por base um mesmo raciocínio clínico e consideram a fisioterapia um dos tratamentos de primeira linha na IU, sendo, por muitos, considerada uma prática inócua, sem quaisquer efeitos secundários. Porém, são ainda necessários mais estudos na área, e com maior qualidade, por forma a se conseguir reunir evidência sobre qual, ou quais, o(s) tratamento(s) mais eficaz(es). (Schröder et al., 2009)

O plano de tratamento conservador, traçado pela Fisioterapia, deverá basear-se na intervenção no estilo de vida, visando a adoção de estratégias comportamentais; no treino dos MPP, associado ou não a *biofeedback*; na reeducação da bexiga, associada ou não a diários miccionais ou na utilização de dispositivos como a estimulação elétrica ou os cones vaginais. As opções de tratamento, por sua vez, devem sempre ser discutidas com a utente e após feita a avaliação geral do seu estado de saúde, da perceção de qualidade de vida e dos motivos de tratamento, dever-se-á desenvolver um plano de tratamento individualizado que considere todos os fatores pessoais e ambientais que a envolvem. (Schröder et al., 2009; NICE, 2006)

O método de tratamento que, atualmente, é mais debatido e que está a ser substancialmente aceite pela comunidade da medicina, pelas taxas de eficácia e de sucesso no tratamento da IU, é o treino de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, o qual deverá sempre ser assistido por um profissional de saúde qualificado, nomeadamente um fisioterapeuta especializado em saúde da mulher. O treino de fortalecimento dos MPP está então sujeito a duas fases de execução: treino de propriocepção e consciencialização dos MPP e treino efetivo de força e coordenação dos MPP. Para a esta primeira fase poderão ser adotadas estratégias como a palpação vaginal (que garante o *feedback* da fisioterapeuta) ou o uso de *biofeedback* (seja computadorizado ou manual -

perienómetro). Para a segunda fase, a aposta deverá ser no treino para fortalecimento muscular, associado ou não a *biofeedback*. (Price, Dawood & Jackson, 2010)

Compete ao fisioterapeuta conseguir indicar o correto funcionamento dos MPP, levando a que a utente tome consciência da localização, bem como da contração e do relaxamento desses músculos, distinguindo-os dos músculos adjacentes. O isolamento dos músculos corretos, que nem sempre é fácil devido à sua especificidade, deve ser feito por meio de instruções específicas. Em casos de maior dificuldade, deverá ser pedida a abdução e flexão das coxas, ou a posição de gatas, para inibir a contração simultânea dos músculos sinergistas dos MPP – glúteos e adutores.

A palpação vaginal permite que tanto a utente como a fisioterapeuta consigam fornecer um *feedback* mútuo quanto à capacidade de contração e relaxamento do pavimento pélvico (Bump et al., 1991 *citado por* Henscher, 2007). Este ensino é fundamental no treino de fortalecimento dos MPP, pois só o relaxamento completo das estruturas musculares após a contração, garante a realização de um treino eficaz.

O mecanismo de *biofeedback*, com introdução de sonda no canal vaginal, permite a “visualização” das contrações e a quantificação da força efetuada, ajudando igualmente na coordenação do recrutamento muscular, conforme a situação pretendida. Em sistemas computadorizados, existem já programas desenvolvidos, em que a paciente, com a contração dos seus MPP, é convidada a acompanhar gráficos ou desenhos, que simbolizam maiores ou menores contrações, durante mais ou menos tempo. Manualmente, por meio de perineómetro, a paciente deverá seguir as instruções verbais da fisioterapeuta, guiando-se pela quantificação da força que surge no manómetro.

Para a segunda fase, o treino de força e coordenação dos MPP deverá focar-se na integração automática e subconsciente do uso dos MPP durante as atividades do quotidiano. (Alewijnse et al., 2002) Este treino deverá ser feito de acordo com as normas da fisiologia do exercício para hipertrofia muscular e, tendo em consideração a existência de dois tipos de fibras musculares com funções distintas. Vários são os protocolos que existem para este treino. O número de contrações recomendado entre os estudos varia entre 8 a 12 contrações, uma a três vezes por dia, a 20 contrações quatro vezes por dia e ainda a cerca de 200 contrações por dia. Kegel, em 1948, recomendava até 500 contrações por dia, no entanto, hoje sabe-se que elevadas repetições de contrações de baixa intensidade não produzem adaptações musculares. A duração de tratamento recomendada varia igualmente, consoante o regime prescrito, de três a seis meses. (Price, Dawood & Jackson, 2010)

O treino dos MPP deverá ainda incluir contrações rápidas dos MPP e mantidas no tempo, por forma a estimular a adaptação das fibras musculares às diferentes pressões causais, geradas pelas

situações do dia a dia, e permitir a criação de uma estrutura de suporte pélvico resistente à pressão intra-abdominal. Por sua vez, a diminuição de perdas de urina, por fortalecimento dos MPP, será provocada pelo aumento da pressão de encerramento da uretra, a qual é diretamente proporcional ao aumento da hipertrofia das fibras do tipo II.

É importante que as posições adotadas para a realização dos exercícios sejam variadas, sendo também de realçar a importância da integração do treino das contrações dos MPP nas atividades funcionais (Berghmans et al., 1996) e na rotina diária da utente, de modo a que a longo prazo, a resposta automática do pavimento pélvico se possa desenvolver (Henscher, 2007). A utente deve também ser incentivada a aplicar os exercícios dos MPP fora das sessões, sendo que estas adquirem apenas um papel de complementaridade na intervenção global. (Henscher, 2007)

Desta forma, o treino proposto para atingir os objetivos foi de, em cada série, realizar oito a doze repetições da contração dos MPP. Essas séries, sem um valor estipulado, eram determinadas pela frequência urinária, ou seja, por cada ida à casa-de-banho, a utente foi incentivada a realizar uma série. No contexto de intervenção do Serviço de Fisioterapia da MAC, este tem sido o método mais bem aceite pelas utentes e com melhores resultados, permitindo a fácil criação de uma rotina de treino. É, igualmente, feita a recomendação para, em cada série, alternarem o tipo de contração realizada – rápida ou mantida no tempo até 10 segundos.

Relativamente aos efeitos do fortalecimento dos MPP nos prolapso, pensa-se que uma melhor função dos MPP esteja associada com prolapso menos severos e menos sintomas urinários (Borello-France et al, 2007). São poucos os estudos desenvolvidos nesta área, mas sabe-se que o fortalecimento dos MPP está associado à redução do agravamento do prolapso (Hagen et al, 2009). Um estudo desenvolvido por Vakili et al, 2005 (citado por Borello-France et al, 2007) concluiu que mulheres com maior grau de força dos MPP, no pré-operatório de cirurgia por prolapso, estavam associadas a menor recorrência de prolapso, sendo menos provável necessitarem de nova cirurgia.

Para o treino de fortalecimento, a associação de *biofeedback* tem sido igualmente valorizada (Ferreira & Santos, 2011) Já a aplicação de electroestimulação, com o propósito do fortalecimento dos MPP, tem sido descrita na literatura como supérflua ao aumento da eficácia de um programa de treino dos MPP. (Getliffe & Dolman, 2007)

Também o uso de contrações seletivas dos MPP – técnica de *knack* - tem mostrado sucesso como método de precaução que visa combater o aumento da pressão intra-abdominal sobre o pavimento pélvico. É uma técnica que deve ser realizada anteriormente ao esforço, gerando o aumento da pressão de encerramento da uretra e uma maior contenção dos órgãos pélvicos. A sua frequente execução estimula a integração automática e subconsciente do uso dos MPP, permitindo o treino da coordenação dos MPP em associação aos músculos abdominais e transversos do abdómen,

graças às adaptações desenvolvidas a nível neural (Henscher, 2007). Nos casos de urgência urinária, a técnica de *knack*, pode igualmente ser utilizada com sucesso. O mecanismo de ação passa pela inibição do músculo detrusor, com o aumento da pressão de encerramento dos esfíncteres da uretra provocado pela musculatura envolvente a. A contração, nessas situações, deverá ser mantida até diminuída da vontade de urinar. (Henscher, 2007)

Segundo a literatura, o tratamento da IU e de POP, não passa apenas pela aplicação de um programa de treino dos MPP, como também pelo ensino de um programa comportamental, que vise a alteração de atitudes e de estilos de vida e que interfira diretamente na vida quotidiana das pacientes. (Henscher, 2007).

A intervenção comportamental é constituída por um grupo de tratamentos que visa a melhoria da incontinência pela modificação dos hábitos da mulher e pelo ensino de estratégias promotoras da continência. É uma intervenção que requer a participação ativa e a motivação da paciente, uma vez que os benefícios máximos registam-se maioritariamente a longo-prazo (Baessler et al, 2008; Burgio, 2004) A base da intervenção comportamental é a educação da paciente, informando-a acerca da estrutura dos tratos urinários, do normal ou anormal funcionamento da bexiga, do que é um correto padrão miccional e quais são os sintomas e causas da incontinência, ajudando na integração das estratégias de abordagem na sua rotina diária (Wyman et al, 2009).

Sabe-se que o excesso de consumo de líquidos pode exacerbar a sintomatologia de IU e, por sua vez, a diminuição da sua ingestão pode levar a um aumento da concentração da urina, irritando a mucosa da bexiga e promovendo a urgência e frequência urinárias e o desenvolvimento de infeções dos tratos urinários. (Wyman et al, 2009) Todavia, as mulheres com IU devem ser incentivadas a manter uma ingestão normal de líquidos de cerca de 1500ml por dia, não deixando espaço à restrição no consumo, como tentativa de prevenção de perdas de urina, seja de modo geral, ou em alturas particulares do dia que consideram de maior risco. Esta restrição que muitas vezes provoca a ingestão tardia de líquidos, é um grande fator predisponente a noctúria, a qual, para além de incomodativa, pode causar perturbações do sono, aumento da sensação de fadiga durante o dia e aumentar o risco de quedas. (Baessler et al, 2008) De modo a reduzir os acessos de noctúria, a ingestão de líquidos deverá então cessar aproximadamente 3 a 4 horas antes de dormir. (Wyman et al, 2009)

Com a reeducação da bexiga pretende-se normalizar a sua funcionalidade, respeitando o ciclo normal de micção – fase de enchimento e fase de esvaziamento. Os hábitos para uma bexiga saudável incluem modificações no estilo de vida, tais como a eliminação de substâncias irritantes da bexiga da dieta, a gestão do consumo de líquidos, o controlo do peso corporal, a gestão da

regularidade intestinal ou a cessação tabágica e a implementação de um regime de micções temporizadas, com o objetivo de estabelecer intervalos de micção regulares (Wyman et al., 2009).

Sabe-se que os recetores intravesicais sensíveis à dilatação da bexiga são estimulados quando ela contém um volume entre 350 a 500ml, dando-se a sensação de necessidade de urinar. No entanto, na presença de imperiosidade, ou urgência urinária (definida como uma vontade forte e inadiável de urinar), essa sensação encontra-se alterada, estimulando a vontade de urinar em volumes reduzidos de urina. Caso tal se verifique, a reeducação da bexiga atua ao nível da inibição do desejo de urinar, levando ao aumento progressivo do intervalo de tempo entre micções. Devem-se criar horários específicos, independentemente da necessidade ou desejo de o fazer. No final, pretende-se que a utente consiga urinar entre cada 3 a 4 horas, pois esse é, de modo geral, o tempo que a bexiga que demora encher (\pm 500ml). Com a adoção desta estratégia, também a frequência urinária é alterada, a qual se considera normal em valores de cinco a sete micções diárias. (Wyman, Burgio & Newman, 2009; Botelho et al, 2007; Oliveira et al, 2007).

Dallosso et al, (2003) aconselha a alteração de padrões alimentares (aumento do consumo de fibras e de líquidos, realização de exercício físico e estabelecimento de um horário rotineiro para a evacuação) para o tratamento da obstipação, uma vez que esta está diretamente correlacionada com a existência de IU, pela alteração na função neurológica do pavimento pélvico.

Por sua vez, Baessler et al, 2008, afirmam que a obesidade está associada à IU pelo facto de provocar um aumento da pressão intra-abdominal e conduzir a fadiga crónica do pavimento pélvico e a danos estruturais e/ou a disfunção neurológica. Deve-se então estimular a prática de atividade física ou o seguimento nutricional, por forma a controlar o peso corporal. (Baessler et al, 2008)

Ainda dentro de um programa comportamental, pode-se incluir a reeducação postural como uma das abordagens de intervenção. Sabe-se que o correto e o equilibrado posicionamento da bacia contribuem para a manutenção da integridade e do posicionamento das vísceras abdominais e para o bom funcionamento dos órgãos de sustentação, nomeadamente os MPP, favorecendo a correta transmissão das pressões abdominais, a promoção da função esfinteriana e a diminuição do risco de prolapso pélvico. Rodrigues et al, (2005) sugerem que exercícios de reeducação postural melhoram tendencialmente o incorreto posicionamento da bacia e, por sua vez, diminuem a incidência de IU e de POP.

A longo-prazo, a intervenção da fisioterapia deve ir de encontro ao reforço dos ensinamentos feitos à utente, para a manutenção de comportamentos diários e de hábitos de vida preventivos, e da promoção da adesão à continuidade do treino dos MPP, mantendo os ganhos obtidos e prevenindo o aparecimento de outras condições.

2.9. Resultados

A aplicação do plano de intervenção, associada aos fatores pessoais e ambientais, a duração total da intervenção, preconizada para 4 meses, estendeu-se apenas por cerca de três meses. A utente referiu estar satisfeita com o tratamento, sem apresentação de nenhuma limitação significativa e livre de perdas de urina. Os resultados obtidos encontram-se descritos abaixo.

Na avaliação subjetiva, a utente referiu não ter experienciado, na última semana, nenhuma perda de urina, mesmo estando a curar-se de uma constipação (*sic*). Continuou sem dor e sem perda de conteúdo nas relações sexuais. Não apresentava queixa de urgência urinária. Referiu ter perdido cerca de 4kg, o que fez um IMC \approx 24,77, saindo portanto de um nível de pré-obesidade, para um valor próximo do limiar máximo do “ideal”. Continua a utilizar um penso diário, por receio de perda, especialmente durante a atividade profissional. Tenciona retomar as classes de hidroginástica. Quanto à regularidade intestinal, referiu ter cerca de 4 evacuações semanais.

Na observação do períneo não foram encontradas alterações significativas, apresentando-se com uma coloração normal, rosada, e simétrica, sem presença de corrimento. Não houve igualmente alterações ao nível da sensibilidade tátil, encontrando-se normal bilateralmente em todas as zonas de teste. Ao teste da tosse, obteve-se um resultado negativo (sem manobra de valsalva), sem perda de conteúdo, em ambas as fases de avaliação.

À palpação vaginal, não foi referida queixa de dor ou desconforto à introdução bidigital, e estava ainda presente o ligeiro abaulamento da parede anterior da vagina, sugestivo da manutenção do cistocelo. Embora este nunca tenha causado dor ou desconforto, obteve-se um *score* de 0 na Escala Analógica. Quanto à força muscular, alcançou-se um grau IV na escala de Oxford, uma vez que foi notório o movimento de sucção dos dedos da fisioterapeuta associado ao movimento no sentido cefálico e a sua compressão.

Quanto à postura, a utente referiu sentir que melhorou consideravelmente e que já não sentia as lombalgias esporádicas quando o trabalho requeria maior esforço (*sic*).

Nos questionários e escalas de avaliação utilizados, os resultados foram: na escala de PERFECT: P=4; E=10; R=10; F=10; ECT=25; no questionário de perdas de urina durante as atividades físicas – 0 (nunca); no *King's Health Questionnaire*: perceção geral de saúde – 0%; impacto da incontinência – 33,33%; limitações das AVD – 0%; limitações físicas – 33,33%; limitações sociais – 11,11%; relações pessoais – 16,67%; emoções – 0%; energia/sono – 0%; medidas de gravidade – 25%; no diário miccional: média de urina miccionada de 2013,2ml; média de quantidade por micção – 304ml; frequência urinária média de 6,9vezes; frequência urinária

noturna média - 0; média de líquidos ingeridos – 1996,3ml (os quais maioritariamente água e café com leite); número médio de perdas por dia – 0.

2.10. Discussão

No primeiro contacto com a utente, a 08/02/2013, foi feita a avaliação subjetiva e objetiva, sendo posteriormente estabelecidos os seus principais problemas e feita a hierarquização das prioridades de tratamento, de acordo com os objetivos da utente. A última sessão foi a 01/05/2013, cerca de três meses após o início do tratamento. As sessões de tratamento foram marcadas semanalmente, em horário adequado à utente, tendo havido assiduidade e cooperação da sua parte. Cada sessão teve cerca de uma hora de duração, variável consoante as intervenções feitas, cumprindo-se um total de 13 sessões.

Pôde-se observar uma grande correspondência entre a literatura existente e a história clínica obtida por anamnese. Analisando essa literatura, pôde-se concluir que as perdas de urina em situações de esforço deveram-se, principalmente, a hiper mobilidade do colo vesical, por diminuição do suporte anatómico conferido pelos músculos do pavimento pélvico. Devido a essa fraqueza, qualquer esforço que provocasse o aumento da pressão intra-abdominal seria suscetível de provocar perdas de urina, especialmente quando associado a um inadequado posicionamento dos segmentos corporais. As perdas de urina em situações de urgência deveram-se sobretudo a hipersensibilidade da bexiga, em que, à partida, pela anamnese excluiu-se a hipótese de hiperatividade do músculo detrusor. Tal diagnóstico deveu-se em grande parte por a utente mostrar grandes níveis de ansiedade, que conjugados ao aumento da frequência urinária voluntária, provocaram alterações ao nível do correto funcionamento vesical.

Pôde-se também constatar que o quadro clínico da utente está estritamente relacionado com a presença de vários fatores de risco, sejam eles a idade, a realização de 2 partos vaginais (com bebés com peso moderado), a história de cirurgia pélvica anterior, a obstipação, a diminuição dos normais valores de estrogénio pela entrada na menopausa e a existência de um prolapso da bexiga. Também o quadro de depressão contribui bastante para o agravamento da IU.

Houve uma progressiva melhoria geral do quadro de IU, com capacidade de continência face às diferenças de pressão abdominal. Quanto à perda da sensação de urgência urinária, esta foi relacionada com o ganho de autocontrolo por meio do ensino da reeducação da bexiga e das contrações seletivas dos MPP. Relativamente à avaliação objetiva, e mais especificamente à força muscular, um grau IV na escala de Oxford, associado a resposta negativa ao teste da tosse,

consegue indicar a presença de um pavimento pélvico mais forte e com maior coordenação muscular.

O plano de intervenção, acordado entre a fisioterapeuta e a utente, foi respeitado e a utente foi a grande responsável pela sua execução, mantendo sempre uma postura motivada e de grande adesão no seu processo de recuperação. As limitações funcionais encontradas eram, no final do meu acompanhamento, inexistentes e, através da demonstração dos resultados obtidos, pode então concluir-se que a intervenção foi bem-sucedida, comprovando-se a sua eficácia, a qual vai de encontro com a literatura.

Como já referido anteriormente, é esperado que a aplicação de um programa de treino dos MPP no tratamento da IU, durante um mínimo de três meses, apresente taxas de “cura” e de “curada/melhorada” de 70% e 97%, respetivamente. (Ferreira & Santos, 2011). Também a aplicação de um programa comportamental, com vista à reeducação da bexiga, ao uso de diários miccionais de acompanhamento e à contração seletiva dos MPP, tem resultados esperados na ordem de 50% de redução do número médio de episódios de incontinência, seja ela de esforço, urgência ou mista (Subak et al., 2002).

Foi estabelecido um prognóstico de 4 meses devido à presença de múltiplos fatores limitadores que pudessem influenciar a resolução completa da condição em estudo. Penso que o fator de maior preponderância para a antecipação dessa resolução terá sido, como já referido, a motivação e a adesão ao tratamento por parte da utente.

As estratégias de intervenção estabelecidas foram de encontro à literatura existente, que é ainda muito inconsistente, uma vez que existe uma enorme variação dos resultados, o que se pode dever à falta de standardização da aplicação das várias estratégias de intervenção. Também o protocolo de treino de fortalecimento dos MPP mais eficaz falha em ser definido. (Ferreira & Santos, 2011) Ainda assim, a utilização de estratégias de abordagem como a reeducação postural é, no entanto, ainda muito pouco estudada, mas já com alguns resultados promissores no seio da literatura. (Rodrigues et al., 2005)

Sabe-se que os exercícios dos MPP conduzem a uma redução da indicação para cirurgia por incontinência e que, também através desses exercícios, o fortalecimento dos MPP poderá ajudar na melhoria/manutenção dos prolapso concomitantes e até melhorar a função sexual, evitando assim a manifestação de uma disfunção sexual, identificada como problema potencial.

Importa ainda referir que, para o questionário de perdas de urina durante as atividades físicas, foi procurada literatura que suportasse a sua aplicação, no entanto, e apesar dessa literatura existir, não me foi possível a sua aquisição ou leitura. Ainda assim, utilizei esse questionário por ser, tanto de rápida e fácil aplicação, como de prática quantificação de resultados, sendo ele de larga

utilização entre os terapeutas desta área. Também o KHQ falha em não ter sido conseguida ainda a sua validação para a população portuguesa, tendo sido utilizada uma adaptação à língua portuguesa e não a versão original, na língua inglesa.

Através das estratégias utilizadas, concluo que todos os objetivos estabelecidos foram alcançados, à exceção da melhoria da situação do prolapso da bexiga. Como já referido anteriormente, o suporte normal dos órgãos pélvicos depende da integridade dos MPP, do tecido conectivo de suporte da vagina e da normal enervação (Borello-France e tal, 2007). Uma vez que a utente tinha já sido submetida a cirurgia de reposição do cistocelo, prevê-se pela literatura que, no caso de reaparecimento de prolapso, este seja de pior prognóstico de resolução, encontrando-se, igualmente, estruturas pélvicas em pior estado. Daí, a resolução do objetivo não tenha sido possível em tempo útil. A longo-prazo, e apesar de não ter sido feito um *follow-up*, penso que os resultados seriam positivos, devido sobretudo, ao alcance dos objetivos a curto prazo com tamanho sucesso. Ainda assim, a utente deverá continuar o treino dos MPP de forma autónoma e contínua, no domicílio, para manutenção dos ganhos. Deverá igualmente respeitar as estratégias abordadas no programa comportamental, tendo sido reforçada a ideia de que sem o prolongamento do tratamento por parte da utente, a fraqueza dos MPP poderia novamente instalar-se, levando ao reaparecimento de IU ou de alguma outra disfunção uroginecológica.

Pôde-se ainda constatar o sucesso da intervenção e o papel fundamental que a fisioterapia teve no tratamento. Apesar de haver outros métodos de tratamento, como o cirúrgico ou o farmacológico, conforme o quadro clínico, eles podem não garantir a eficácia do tratamento a longo prazo, pela não resolução da causa do problema.

2.11. Conclusão

O estudo de caso apresentado foi o de uma utente com um quadro de incontinência urinária mista associada a prolapso da bexiga. A utente apresentava grandes perdas de urina associadas a situações de esforço e de urgência urinária e uma grande dependência do uso de protetores de incontinência. Foram também identificadas imensas limitações funcionais e restrições da participação incutidas pelas alterações e pelos problemas que apresentava, com grande compromisso ao nível da qualidade de vida percecionada.

Após a avaliação, baseada no processo da Fisioterapia, tentou-se estabelecer o diagnóstico em fisioterapia. Este foi determinado, tendo em conta os objetivos de tratamento, os quais resultaram da resposta às necessidades da utente e do ponto de vista terapêutico. Por sua vez, as estratégias de

intervenção aplicadas, resultaram de um suporte da bibliografia existente, que embora abundante, muitas vezes não é a melhor evidência existente.

O modelo de intervenção adotado foi igualmente um fator facilitador no processo de reabilitação da utente, uma vez que houve espaço à partilha de conhecimentos e a uma igual distribuição do poder de escolha.

O tratamento da IU e de POP, por ter, à partida, um prognóstico moroso, acaba por abraçar várias estratégias e abordagens que estão diretamente dependentes do ensino e do aprofundamento de conhecimentos da utente. Para o ensino de estratégias adaptativas, ou de alteração de comportamentos, torna-se então deveras importante que o fisioterapeuta tenha consciência de que a aprendizagem foi efetivamente feita da parte do utente, promovendo o sucesso da intervenção.

Importa referir ainda que os utentes, no momento da sua avaliação, apresentam sintomas de incontinência urinária, ao invés de um diagnóstico. Esses sintomas, normalmente, conseguem ser interpretados como um dos três subtipos principais de IU. No entanto, é estritamente necessário que um profissional de saúde, na área da incontinência urinária de mulheres adultas, saiba reconhecer os diferentes quadros clínicos e tenha um sólido conhecimento-base.

Para próximos casos na área, sugeriria a utilização do *padtest* como meio de avaliação. Este não foi utilizado neste estudo, por não se tratar de uma prática comum na instituição, mas sendo um método económico e de fácil repetição, considero que a sua aplicação seja útil, quantificando efetivamente as perdas de urina. Teria também sido interessante investigar a eficácia do tratamento com recurso a *biofeedback* computadorizado, incluindo a componente lúdica no tratamento.

2.12. Referências bibliográficas

- Abrams, P. et al (2002). The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neuroulogy and Urodynamics*, 21,167-178.
- Alewijnse,D. et al. (2002). Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. *Patient education and counseling*, 48(2), 147–60.
- Baessler, K., Schüssler, B., Burgio, K. (2008). *Pelvic floor reeducation – principles and practice* (2nd ed.). Londres: Springer-Verlag
- Berghmans, L et al. (1996). Efficacy of Biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. Wiley-Liss.
- Bø, K; Talseth, T & Holme, I. (1999). Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*, 318, 487-493.
- Bø, K., Berghmans, B., Morkved, S., Kampen, M. (2007). *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor*. Elsevier.
- Borello-France, D. et al. (2007). Pelvic-Floor Muscle Function in women with pelvic organ prolapsed. *Physical Therapy*, 87 (4).
- Botelho, F. et al (2007). Incontinência Urinária Feminina. *Ata Urológica*, 24(I), 79-82.
- Burgio, K., (2004). Behavioral treatment options for urinary incontinence. *Gastroenterology*, 126, S82 – S89.
- Brubaker, L., Benson, J., Bent, A., Clark, A., & Shott, S. (1997). Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 177(3), 536-540.

- Culligan, P & Heit, M. (2000). *Urinary Incontinence in Women: evaluation and Management*. American Family Physician.
- Dallosso, H., McGrother, C., Matthews, R., Donaldson, L., Leicestershire MRC Incontinence Study Group (2003). The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU International*, 92, 69 – 77.
- Dumoulin & Hay-Smith (2008). Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. *European Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 47 – 63.
- Felicíssimo, M. et al (2007). Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. *Ata de Fisiatria*, 14, 233-236.
- Ferreira, M., Santos, P. (2011). Evidência científica baseada nos programas de treino dos músculos do pavimento pélvico. *Ata Med Port* 2011, 24, 309-318.
- Fozzatti, M., Palma, P., Herrmann, V., Dambros, M. (2008). Impacto da reeducação postural global no tratamento da Incontinência Urinária de esforço feminina. *Revista Associação de Medicina Brasileira*, 54, 17-22.
- Getliffe, K. & Dolman, M. (2007). *Promoting Continence – A Clinical and Research Resource*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Gomes, L., Ribeiro, R., Baracat, E. (2010). Tratamento não-cirúrgico da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. *Femina*, 38 (7), 333-340.
- Hagen, S., Stark, D., Glazener, C., Sinclair, L., Ramsay, I. (2009). A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 20,45-51.
- Hendrix, S., et al (2002). Pelvic organ prolapsed in the women's health initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*, 186(6),1160-1166.
- Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. São Paulo: Livraria Santos Editora.

- Holroyd-Leduc, J., Straus, S. (2004). Management of Urinary Incontinence in Women: Scientific Review. *JAMA*, 291(8), 986-995.
- Janssen, C., Lagro-Janssen, A., Felling, A. (2001). The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. *BJU International* 87, 201-206.
- Laycock, J., Sherwood, D. (2001). Pelvic floor assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy* 2001, 12, 631-642
- Moura, B. (2005). Incontinência Urinária Feminina. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 21, 11-20.
- Murphy, M., Heit, M., Culligan, P. (2003). Evaluation and treatment of female urinary incontinence. *Am J Med Sports*, 5.
- National Institute for Health And Clinical Excellence (2006). *Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women*. NICE clinical guideline 40.
- Neumann, P. & Morrison, S. (2008). Physiotherapy for urinary incontinence. *Australian Family Physician*, 37(3).
- Oliveira, K., Rodrigues, A., Paula, A. (2007). Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da Incontinência Urinária de esforço na mulher. *Revista Eletrônica F@pciência*, 1(1), 31-40.
- Petty, N.J. (2008) Princípios de Intervenção e Tratamento do Sistema Neuro-músculo-esquelético: um guia para terapeutas. Loures: Lusodidacta.
- Polden, M. & Mantle, J. (1997). *Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Price, N., Dawood, R., Jackson, S. (2010). Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas*, 67(4), 309–15.

- Rodrigues, N., Scherma, D., Mesquita, R., Oliveira, J. (2005). Exercícios perineais, eletroestimulação e correção postural na incontinência urinária – estudo de casos. *Fisioterapia em Movimento*, 18.
- Schröder, A et al. (2009). *Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology*. European Association of Urology.
- Smith, P.P., McCrery, R.J., Appell, R.A. (2006). Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *CMAJ*, 175,(10),1233 – 1240.
- Stephenson, R. & O'Connor, L. (2003). *Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología* (2ª ed). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Subak, L., Quesenberry, C., Posner, S., Cattolica, E., Soghikian, K. (2002). The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 100, 72-78.
- Tamanini, J., Dambros, M., D'Ancona, C., Palma, P., Netto, N. (2005) Responsiveness to the Portuguese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) after urinary stress incontinence surgery. *Int Braz J Urol*, 31, 482–489
- Tamanini, J., D'Ancona C., Botega N., Netto, N. (2003). Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública* 2003, 37, 203–211.
- Teixeira, A., Guimarães, C., Zimer, S., Oliveira, A. (2005). Tratamento Fisioterapêutico na Incontinência Urinária de esforço em mulheres de 35 a 55 anos. *RUBS Curitiba*, 1(3), 12-16.
- Wyman, J., Burgio, K., Newman, D. (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioral interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *International Journal of Clinical Practice*, 63, 1177 – 1191.

Apêndice I – Registos do estudo de caso

FICHA DE REGISTO DA UTENTE

MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – UROGINECOLOGIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: XXX

Idade: 59 anos

Data de nascimento: 21/01/1954

Profissão: Empregada doméstica

Diagnóstico médico: Incontinência urinária mista ligeira associada a cistocele

Início do tratamento: 08/02/2013

Periodicidade: semanal

EXAME SUBJETIVO

PRINCIPAIS QUEIXAS

Perda de urina involuntária e diminuição da funcionalidade. Diminuição da atividade física, por desistência das classes de hidroginástica.

OBJETIVOS E EXPECTATIVAS DE TRATAMENTO

A utente referiu que estes tratamentos seriam bastante importantes para ela e que, apesar de já ter frequentado as classes de ensino, admite que o trabalho autónomo foi bastante difícil para ela. Os seus objetivos foram de encontro à diminuição das perdas de urina aliada à diminuição do compromisso diário que estas lhe provocam, nomeadamente ao nível da sua profissão.

HISTÓRIA CLÍNICA

História atual: A utente foi chamada a tratamento por se encontrar em lista de espera há cerca de um ano e tinha um diagnóstico médico de incontinência urinária mista associada a cistocele. As perdas de urina tiveram início após o último parto (com 32 anos) e são resposta a situações de esforço (tosse, espirro e riso, na mudança de posição e em repouso) e de urgência. Apresenta um cistocele (prolapso da bexiga) de grau I, diagnosticado clinicamente desde os 52 anos.

História anterior: A utente, por encaminhamento médico, frequentou as classes de ensino de novembro de 2011 a janeiro de 2012. Na altura o diagnóstico médico foi de incontinência urinária mista e de ligeira incontinência de gases. Por não ter apresentado melhorias significativas após esta abordagem, foi encaminhada para a lista de espera. A utente referiu manter a elevada dependência do uso de pensos higiénicos devido às perdas de urina, quer por esforço quer por urgência, embora a incontinência de gases ter sido suprimida. Apresentava força dos MPP de grau III para ambas as formas de contração dos MPP e manobra de valsalva com mínima perda de urina, nas duas etapas de avaliação do teste da tosse. A utente refere que no período de espera não cumpriu afincadamente o programa de treino dos MPP a que se comprometeu nas classes de ensino.

A utente apresenta um historial de cirurgia pélvica para reposicionamento do cistocelo (2005) e cirurgia às mãos (1999). Tem como antecedentes pessoais tendência para hemorroidas, que agravou com os partos, e depressão, tendo já sido acompanhada psicologicamente. Atualmente, já não toma medicação para a IU, mas continua a administração de antidepressivos

Dados gerais: Casada e com 2 filhos. Reside, com o marido, na área metropolitana de Lisboa. Anda nos transportes públicos. Tem baixa escolaridade. É uma pessoa bastante ativa, totalmente independente, que participa em atividades solidárias e de voluntariado numa associação sem fins lucrativos da comunidade onde reside. Desistiu de frequentar classes de hidroginástica devido ao agravamento da sua condição clínica que a deixava constrangida por perder urina sem ter nenhum tipo de proteção.

Hábitos de vida: Tabagismo ☐
Alcoolismo ☐
Obesidade ☒
Má dieta ☐
Outros _____

Peso: 69 kg Altura: 1,62m IMC \approx 26,29
Excesso de peso: Sim ☒ Não ☐
Notas: perímetro abdominal aumentado

Compromisso: Social ☒
Profissional ☒
Desportivo ☒
Sexual ☐
Higiénico ☒

Motivação para tratamento: Sim ☒ Não ☐

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

- Nº de partos: 2
- Datas de parto: 1979; 1986
- Peso do RN: 3,300Kg; 3,560kg
- Interrupções de gravidez: 0

Notas:

- Tipo de parto: Eutócico ☒
Cesariana ☐
Distócico ☐
Fórceps ☐
Ventosa ☐

- Episiotomia / rasgadura: Sim ☐ Não ☒

Notas:

- Amamentação: Sim ☐ Não ☐

Notas: leite materno exclusivamente

- Hemorragia pós-parto: Sim ☐ Não ☐
- Menstruação após o parto: Sim ☐ Não ☐

Nº de vezes:

- Menstruação:
Regular ☐ Irregular ☒
Dias por ciclo: 7 dias

- Contraceção: Sim ☐ Não ☐
Qual: espuma (durante 20 anos; DIU durante 8)

- Relações sexuais: Sim ☒ Não ☐
Dispareunia/vaginismo: Sim ☐ Não ☒
Penetração ☐ Início ☐ Fim ☐
Todo o coito ☐ Após o coito ☐
Já existia antes da gravidez: Sim ☐ Não ☐
Perda de urina/fezes/gases: Sim ☐ Não ☒
Notas: já perdeu urina e teve dor, durante anos após os partos.

- Secura vaginal: Sim ☒ Não ☐
Já existia antes da gravidez: Sim ☐ Não ☐
Notas: após menopausa; usa lubrificante recomendado pela ginecologista

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Perde urina: Sim ☒ Não ☐

• Situações:

Tosse, espirro, rir ... ☒

Mudança de posição ☒

Andar, correr, saltar... ☐

Repouso, deitada... ☒

Urgência ☒

Outras: mexer/ouvir água, chave na porta do prédio

• Frequência

Esforço

Raramente ☐

Por vezes ☐

Frequentemente ☒

Sempre ☐

Urgência

Raramente ☐

Por vezes ☐

Frequentemente ☒

Sempre ☐

• Quantidade

Esforço

Gotas ☐

Esguicho ☒

Completas ☐

Urgência

Gotas ☐

Esguicho ☒

Completas ☐

• Tipo:

Esforço ☐ Urgência ☐ Mista ☒ Outra _____

Início da perda: após último parto (aos 32anos)

Urgência urinária: Sim ☒ Não ☐

Retenção urinária: Sim ☐ Não ☒

Disúria: Sim ☐ Não ☒

Ingere muitos líquidos: Sim ☒ Não ☐

• Frequência de micção:

Diária: 10 vx (30' em 30')

Noturna: 1/2 vx

• Uso de penso:

Sim ☒ Não ☒

Tipo: médio

Quantos por dia: 5/6

• Fluxo urinário:

Contínuo ☒

Intermitente ☐

Gotejamento ☐

Inicia logo ☒

Início tardio ☐

Faz força ☐

Com ajuda de prensa ☐

INCONTINÊNCIA FECAL OU DE GASES

Perde fezes/gases: Sim ☐ Não ☒

• Situações

Tosse, espirro, rir ... ☐

Mudança de posição ☐

Andar, correr, saltar... ☐

Repouso, deitada... ☐

Urgência ☐

• Frequência

Esforço

Raramente ☐

Por vezes ☐

Frequentemente ☐

Sempre ☐

Urgência

Raramente ☐

Por vezes ☐

Frequentemente ☐

Sempre ☐

• Quantidade

Suja a cueca ☐

Perda parcial ☐

Perda total ☐

Outras _____

• Frequência de evacuação:

Diária:

Noturna

Semanal: 3 vezes

(com medicação)

• Tipo:

Esforço ☐ Urgência ☐ Mista ☐ Outra _____

Início da perda: pós-parto

Urgência fecal: Sim ☐ Não ☒

Obstipação: Sim ☒ Não ☐

Hemorroidas: Sim ☐ Não ☒

Dor na evacuação: Sim ☐ Não ☐

• Uso de penso: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Quantos por dia:

• Conteúdo de perda:

Firme ☐

Gasoso ☐

Líquido ☐

Outros _____

• Esvaziamento:

Inicia logo ☐

Início tardio ☒

Com ajuda de prensa ☒

Outros _____

PROLAPSOS PÉLVICOS

Prolapsos: Sim ☒ Não ☐

Órgão: Bexiga ☒ Grau: I

Útero ☐ Grau:

Parede vaginal ☐ Grau:

Intestino ☐ Grau:

Outros _____

Há quanto tempo: desde os 52 anos

Dor/desconforto: Sim ☐ Não ☒

• Situações:

Tosse, espirro, rir ... ☐

Mudança de posição ☐

Andar, correr, saltar... ☐

Repouso, deitada... ☐

Outras _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor	Dor leve		Dor moderada		Dor forte ou incapacitante		Dor insuportável			
	Não atrapalha as atividades		Atrapalha, mas não impede as atividades		Impede as atividades		Impede as atividades e causa desconforto			

EXAME FÍSICO

Observação do períneo: Normal ☒

Simétrico ☒

Vermelhidão ☐

Corrimento ☐

Cicatriz ☐

Sensibilidade tátil

• Interior das coxas • Grandes lábios • Fundo das nádegas

Ausente ☐

Ausente ☐

Ausente ☐

Diminuída ☐

Diminuída ☐

Diminuída ☐

Normal ☒

Normal ☒

Normal ☒

Exacerbada ☐

Exacerbada ☐

Exacerbada ☐

Unilateral ☐

Unilateral ☐

Unilateral ☐

Bilateral ☒

Bilateral ☒

Bilateral ☒

Palpação vaginal

• Dor à palpação: Sim ☒ Não ☒

Notas: ligeira laxidão da vagina + abaulamento da parede anterior; musculatura sem firmeza ao toque.

Observação postural

Sentada com apoio sobre o cóccix/região sagrada.

Retificação da coluna lombar; bacia em bácia

Posterior.

Sensibilidade propriocetiva do períneo

Sente contração ☒ Sente relaxamento ☐

Não sente contração ☐ Não sente relaxamento ☒

Notas: contração sinérgica dos glúteos e adutores das coxas; bem executado após feedback.

Efeito da tosse:

• Sem contração do períneo

Com Manobra de Valsalva ☒

Sem Manobra de Valsalva ☐

• Com contração do períneo

Com Manobra de Valsalva ☒

Sem Manobra de Valsalva ☐

• Perda de urina/fezes/gases: Sim ☒ Não ☐

Notas: perda de urina sem contração do períneo; bexiga esvaziada há cerca de 1h; já tinha vontade de urinar

• Força muscular do pavimento pélvico:

Grau I ☐ Grau II ☒ Grau III ☐ Grau IV ☐ Grau V ☐

Notas: contração de fraca qualidade e sem harmonia muscular; presença de maior défice muscular na parede anterior

Observação do padrão respiratório

- Com respiração abdomino-diafragmática ☒

- Sem respiração abdomino-diafragmática ☐

QUESTIONÁRIOS / ESCALAS DE AVALIAÇÃO

PERFECT: P=2, E=4, R=6, F=5, ECT=16

Questionário de perdas de urina durante as atividades físicas – 3,63

KHQ: percepção geral de saúde – 50%; impacto da incontinência – 100%; limitações das AVD – 100%; limitações físicas – 66,67%; limitações sociais – 66,67%; relações pessoais – 66,67%; emoções – 33,33%; energia/sono – 33,33%; medidas de gravidade – 100%.

Diário miccional: média de urina miccionada de 1465,4ml; média de quantidade por micção – 203ml; frequência urinária de 9 vezes; frequência urinária noturna média de 1 vez; média de líquidos ingeridos – 1985,66ml (ao quais maioritariamente água e café com leite); número médio de perdas por dia – 8,65 (associadas principalmente a espirros, tosse, lida doméstica e situações de urgência).

Perineometria: 10mmHg para as contrações rápidas e de 9mmHg para as contrações mantidas no tempo.

REAVALIAÇÕES

A 08/03/2013:

A utente referiu sentir melhorias ao nível das perdas, tendo estas melhorado consideravelmente ao nível das situações de esforço, em parte pela adoção da técnica de *knack*. Foram caracterizadas como “por vezes”, para ambas as formas de perda. Em algumas situações de esforço, refere ainda sentir melhorias na forma de perda, passando a caracteriza-las como “gotas”. Já não utiliza a casa-de-banho durante a noite e tem tentado lembrar-se de corrigir a sua postura durante o dia e no trabalho. Sente conseguir controlar muito melhor a contração dos MPP e por mais tempo.

Palpação vaginal bidigital sem resposta de sensação de desconforto, nem de dor. Era ainda perceptível alguma laxidão do canal vaginal, bem como o abaulamento da sua parede anterior.

Não houve problemas em distinguir as fases de contração e de relaxamento dos MPP, revelando a sua consciencialização, nem foi realizada a contração muscular dos sinergistas. A contração dos MPP foi sendo cada vez mais harmoniosa e com maior qualidade.

Ao teste da tosse, a utente teve resposta positiva (manobra de valsalva) apenas para a tosse sem associação à contração do períneo, sem perda de conteúdo. A bexiga tinha sido esvaziada há cerca de 1h30.

Quanto à força muscular, obteve um grau III na escala de Oxford. Na escala de PERFECT, obteve um score de: P=3; E=7; R=9; F=9; ECT=23. Por perineometria apresentou valores de 17mmHg para contrações rápidas e de 20mmHg para contrações lentas.

Pelo diário miccional: média de urina miccionada de 1561,2ml; média de quantidade por micção – 276ml; frequência urinária diária média de 7,4 vezes; frequência urinária noturna média de 0; média de líquidos ingeridos – 1843,9ml (os quais maioritariamente água e café com leite); número médio de perdas por dia – 4,68 (associadas principalmente a espirros, lida doméstica e raras situações de urgência). Houve melhoria dos intervalos de tempo entre micções.

No momento da avaliação, notou-se a adoção de posturas mais corretas, especialmente quando sentada, e presença de um padrão respiratório abdomino-diafragmático.

Pela adoção de posturas de evacuação mais adequadas, houve melhoria do quadro de obstipação.

Comentários: Foram cumpridos todos os objetivos propostos. Especialmente ao nível da redução do número de perdas, com uma redução de quase 50%. Também a frequência urinária estava mais perto da normalização.

A 19/04/2013:

A utente referiu sentir ainda mais melhorias ao nível das perdas, caracterizadas como “raramente” para situações de esforço e sob a forma de “gotas”. Já não apresentava urgência urinária, nem perdas derivadas dessas situações. Sente conseguir controlar muito melhor a contração dos MPP e por mais tempo. Referiu ter passado a usar pensos diários, diminuindo igualmente a necessidade do seu recurso.

Palpação vaginal bidigital sem resposta de sensação de desconforto, nem de dor. Era ainda perceptível o ligeiro abaulamento da parede anterior da vagina, mas com o introito vaginal muito mais encerrado. A contração dos MPP foi sendo cada vez mais harmoniosa e com maior qualidade.

Ao teste da tosse, a utente teve resposta negativa (sem manobra de valsalva) para ambas as etapas de avaliação., com a bexiga esvaziada há cerca de 2h.

Quanto à força muscular, obteve um grau IV- na escala de Oxford. Na escala de PERFECT, obteve um score de: P=4; E=10; R=10; F=10; ECT=23. Por perineometria apresentou valores de 28mmHg para ambas as formas de contração.

Pelo diário miccional: média de urina miccionada de 1947,87ml; média de quantidade por micção – 298ml; frequência urinária diária média de 6,8 vezes; frequência urinária noturna média de 0; média de líquidos ingeridos – 1786,6ml (os

quais maioritariamente água e café com leite); número médio de perdas por dia – 1,9 (associadas principalmente a espirros). Houve normalização dos intervalos de tempo entre micções.

No momento da avaliação, e avaliando pela postura da utente na chegada ao SF, o movimento de básculas era mais livre.

Comentários: Foram cumpridos todos os objetivos propostos para este momento de avaliação. Houve bons resultados na diminuição das perdas de urina e na normalização da urgência e frequência urinárias. Tem havido ao longo do tratamento uma boa adesão por parte da utente, com motivação para o treino autónomo ao domicílio.

A 01/05/2013:

Pela aplicação do plano de intervenção, associada aos fatores pessoais e ambientais, a duração total da intervenção, preconizada para 4 meses, estendeu-se apenas por cerca de três meses. A utente referiu estar satisfeita com o tratamento, sem apresentação de nenhuma limitação significativa e livre de perdas de urina. Os resultados obtidos encontram-se descritos abaixo.

Na avaliação subjetiva, a utente referiu não ter experienciado, na última semana, nenhuma perda de urina, mesmo estando a curar-se de uma constipação (sic). Continuou sem dor e sem perda de conteúdo nas relações sexuais. Não apresentava queixa de urgência urinária. Referiu ter perdido cerca de 4kg, o que fez um IMC≈24,77, saindo portanto de um nível de pré-obesidade, para um valor próximo do limiar máximo do “ideal”. Continua a utilizar um penso diário, por receio de perda, especialmente durante a atividade profissional. Tenciona retomar as classes de hidroginástica. Quanto à regularidade intestinal, referiu ter cerca de 4 evacuações semanais.

À observação do períneo não foram encontradas alterações significativas, apresentando-se com uma coloração normal, rosada, e simétrica, sem presença de corrimento. Não houve igualmente alterações ao nível da sensibilidade tátil, encontrando-se normal bilateralmente em todas as zonas de teste. Ao teste da tosse, obteve-se um resultado negativo (sem manobra de valsalva), sem perda de conteúdo, em ambas as fases de avaliação.

À palpação vaginal, não foi referida queixa de dor ou desconforto à introdução bidigital, e estava ainda presente o ligeiro abaulamento da parede anterior da vagina, sugestivo da manutenção do cistocelo. Embora este nunca tenha causado dor ou desconforto, obteve-se um score de 0 na Escala Analógica. Quanto à força muscular, obteve-se um grau IV na escala de Oxford, uma vez que foi notório o movimento de sucção dos dedos da fisioterapeuta associado ao movimento no sentido cefálico e a sua compressão.

Quanto à postura, a utente referiu sentir que a sua melhorou consideravelmente e que já não sentia as lombalgias esporádicas quando o trabalho requeria maior esforço (sic).

Nos questionários e escalas de avaliação utilizados, os resultados foram:

- Na escala de PERFECT: P=4; E=10; R=10; F=10; ECT=25;
- Questionário de perdas de urina durante as atividades físicas – 0 (nunca);
- *King's Health Questionnaire*: perceção geral de saúde – 0%; impacto da incontinência – 33,33%; limitações das AVD – 0%; limitações físicas – 33,33%; limitações sociais – 11,11%; relações pessoais – 16,67%; emoções – 0%; energia/sono – 0%; medidas de gravidade – 25%;
- Diário miccional: média de urina miccionada de 2013,2ml; média de quantidade por micção – 304ml; frequência urinária média de 6,9vezes; frequência urinária noturna média - 0; média de líquidos ingeridos – 1996,3ml (os quais maioritariamente água e café com leite); número médio de perdas por dia – 0.

PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DA FISIOTERAPIA

Os problemas identificados foram organizados como problemas reais e potenciais.

Problemas reais	
<u>Alterações da estrutura e função</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda de urina em situações de esforço e de urgência urinária ▪ Diminuição da força dos MPP – grau II ▪ Diminuição da coordenação da contração dos MPP, com compromisso na sua qualidade – contração dos MPP realizada sem harmonia perceptível entre as várias paredes da vagina ▪ Diminuição da propriocepção das fases de contração e relaxamento dos MPP ▪ Alterações na função vesical, com presença de distúrbios na fase de enchimento e esvaziamento associada a hipersensibilidade da bexiga ▪ Sintomatologia urinária - aumento da frequência e urgência urinárias e noctúria ▪ Cistocelo de grau I – não causa dor ou ▪ Alterações do funcionamento intestinal, com episódios de obstipação ▪ Excesso de peso ▪ Alterações posturais
<u>Limitações funcionais</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitação de atividades, devido ao conhecimento de situações que, à partida, poderão provocar perda de urina ▪ Desconforto ao atar os atacadores ou a agachar-se, por perda de urina ▪ Alterações do padrão de sono, por noctúria ▪ Dificuldade em executar trabalho que envolva mexer ou ouvir água
<u>Restrições da participação</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuição da qualidade de vida, com compromisso social, profissional, desportivo e higiénico ▪ Diminuição da qualidade do trabalho desempenhado a nível profissional ▪ Desistência de classes de hidroginástica ▪ Diminuição da disponibilidade para funções de voluntariado ▪ Dificuldade a entrar no prédio sem perder urina ▪ Dificuldade em atar os sapatos sem perder urina ▪ Dificuldade em agachar-se sem perder urina ▪ Dificuldade em fazer a lida doméstica, tanto a nível pessoal, como profissional
Problemas potenciais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontinência fecal ou de gases, pelo progressivo aumento da fraqueza dos MPP ▪ Aumento do risco de desenvolvimento de infeções do trato urinário, pela alteração do normal funcionamento da bexiga e pelo uso de pensos higiénicos ▪ Aumento do risco de desenvolvimento de outros prolapsos ▪ Aumento da severidade do cistocelo ▪ Disfunção sexual, devido ao cistocelo ▪ Diminuição da autoestima e risco de agravamento do quadro de depressão, por incapacidade de resolução da condição ▪ Risco de diminuição da ingestão de líquidos, por receio de maior número de perdas. 	

FATORES PESSOAIS E AMBIENTAIS

	Fatores pessoais	Fatores ambientais
Limitadores	Idade	Profissão diretamente associada com

Facilitadores	Menopausa Cistocele Obstipação História anterior de cirurgia pélvica Depressão e medicação antidepressiva	sintomatologia Fraco apoio familiar
	Ativa no seu dia a dia Motivada para tratamento	Custo de pensos higiênicos

Limitação das atividades da vida diária (que provocam situações de esforço ou de urgência urinária e que levam a perdas de urina) e diminuição da qualidade de vida (em praticamente todos os domínios), por alterações no funcionamento da bexiga, por hipersensibilidade da bexiga, fraqueza dos músculos do pavimento pélvico e diminuição da coordenação e da propriocepção de contração/relaxamento dos MPP.

PROGNÓSTICO

Segundo as normas da fisiologia do exercício para hipertrofia muscular, uma intervenção, com base neste conceito, deverá persistir durante 5 meses. O tratamento da IU e de POP, para apresentação de resultados concretos, por meio da aplicação de um plano de intervenção que utilize como abordagem principal um programa de treino de fortalecimento dos MPP, deverá ser cumprido durante, no mínimo, três meses. (NICE, 2006) No entanto, outros autores descrevem que para a regressão completa da IU, deverão ser necessários três a seis meses (Ferreira & Santos, 2011).

Deste modo, e contabilizando os problemas identificados e os fatores pessoais e ambientais, é esperado que a resolução da sintomatologia de IUM se dê num prazo de 4 meses, sem limitações de atividades ou compromisso da qualidade de vida.

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

Curto prazo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção da consciencialização dos MPP, através de palpação vaginal e do uso de biofeedback, em 1 semana; ▪ Redução de 25% das perdas de urina: <ul style="list-style-type: none"> ○ Em situações de urgência urinária, por eliminação da sensação de urgência, através da realização de contrações seletivas e mantidas dos MPP, de reeducação da bexiga e da aplicação de um programa comportamental, avaliado por anamnese e diário miccional, em 4 semanas; ○ Em situações de esforço, pelo fortalecimento dos MPP e pela aplicação de um programa comportamental, avaliado pela palpação vaginal e pelo diário miccional, em 4 semanas; ▪ Redução de 20% da frequência urinária, através de reeducação da bexiga e da aplicação de um programa comportamental, avaliado por diário miccional, em 4 semanas; ▪ Eliminação da noctúria, através da aplicação de um programa comportamental, avaliado por anamnese e por diário miccional, em 4 semanas;

- Fortalecimento dos MPP associado a melhoria da qualidade e da coordenação da contração, através de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, avaliado por palpação vaginal, teste da tosse, perineometria e escala de PERFECT, em 4 semanas;
- Promoção de uma postura mais adequada, através de técnicas de consciencialização e de exercícios de reeducação postural, avaliada por observação, em 4 semanas;
- Promoção da motivação/adesão ao tratamento, assim como o interesse pela correta forma de participar, através de *feedback* verbal da fisioterapeuta;
- Promoção da prática de exercício físico, para aumento da mobilidade e para perda de peso, através de *feedback* verbal da fisioterapeuta.

Médio prazo

- Redução de 75% das perdas de urina, avaliado por anamnese, palpação vaginal, diário miccional, em 8 semanas;
- Normalização da frequência urinária, por eliminação da sensação de urgência, através de reeducação da bexiga e da aplicação de um programa comportamental, avaliado por diário miccional, em 8 semanas;
- Fortalecimento dos MPP associado a melhoria da qualidade e da coordenação da contração, através de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, avaliado por palpação vaginal, teste da tosse, perineometria e escala de PERFECT, em 8 semanas;
- Melhoria da qualidade de vida, por diminuição das limitações causadas pela condição clínica, avaliada por KHQ, em 12 semanas;
- Melhoria da situação do cistocelo, por fortalecimento dos MPP, avaliado por palpação vaginal, em 12 semanas.

Longo prazo

- Eliminação das perdas de urina, pelo progressivo aumento da força dos MPP e pela aplicação de um programa comportamental, avaliado por anamneses e por diário miccional;
- Eliminação das limitações causadas pela condição clínica;
- Promoção da prática de exercício físico, para aumento da mobilidade e para perda de peso;
- Normalização da qualidade de vida, através da melhoria da condição da utente;
- Reforço da consciencialização para a manutenção de posturas adequadas.

PLANO DE TRATAMENTO

- Ensino para a correta contração e relaxamento dos MPP, com especial atenção aos momentos respiratórios;
- Ensino para a consciencialização dos MPP;
- Aplicação de um programa de treino para fortalecimento dos MPP:
 - Realização de exercícios com e sem *feedback* do fisioterapeuta ou de perineometria;
- Aplicação de um programa comportamental, para adoção de estratégias comportamentais e de prevenção de perdas:
 - Reforço dos conhecimentos acerca do aparelho urinário e da fisiologia e etiologia da IU
 - Reeducação da bexiga;
 - Técnica de *knack*
 - Contração seletiva dos MPP
 - Gestão do consumo de líquidos
 - Gestão dos padrões alimentares
 - Prática de exercício físico
 - Reeducação postural
- Reforço de indicações para adesão contínua ao processo de recuperação.

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade de hoje em dia, o número de casos de IU cresce de dia para dia, com elevadas incidências em Portugal, tanto no feminino como no masculino. É uma condição que acarreta elevados custos hospitalares e condiciona a qualidade de vida do indivíduo e dos que o envolvem.

A incontinência urinária é, por norma, tratável, seja por cirurgia, farmacologia ou outros métodos conservadores como a fisioterapia. Esta, por sua vez, é uma área da medicina que é aceite, ainda que muito cepticamente, pelos demais profissionais da saúde. Fora de Portugal, vários têm sido os estudos divulgados na área da Uroginecologia e que apontam para resultados altamente eficazes na adoção das várias práticas de intervenção. Em Portugal, a área da Uroginecologia, e mais especificamente a vertente da fisioterapia uroginecológica, é praticamente imaginária, quer em termos de prestação de cuidados de saúde, quer em termos de produção científica.

Nos últimos anos, o crescente número de estudos sobre a área das disfunções uroginecológicas, tenta perceber a sua fisiologia e etiologia, proporcionando a descoberta de novas e melhoradas terapêuticas de combate a este problema. A melhoria dos métodos de diagnóstico, da eficácia dos tratamentos e a sensibilização para a prevenção desta condição, são fatores-chave que levaram ao aumento da credibilidade no meio da medicina e à aceitação por parte da população. Ainda assim, a eficácia da intervenção da fisioterapia em DU, está diretamente relacionada com a capacidade e competência de avaliação das utentes, de modo a estabelecer um bom diagnóstico e a selecionar as técnicas de intervenção mais oportunas.

A escolha da fisioterapia, como um tratamento conservador da IU, conduz muitas vezes à recusa de procedimentos cirúrgicos. No entanto, esta mentalidade apenas está presente, em parte, pela adoção de políticas de saúde de “tratamento”, em detrimento da “prevenção”.

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa representa uma instituição de excelência, constituída por profissionais de saúde qualificados e especializados, que, ao longo do tempo, se tem mostrado irreverente e inconformada e com grande capacidade de mudança, estando “sempre um passo mais à frente”. O Serviço de Fisioterapia não é exceção e tenta acompanhar estas tendências, estendendo a sua prestação de cuidados de saúde a cada vez mais utentes, com as mais variadas condições clínicas do foro feminino. Face ao crescente número de casos de IU que de ano para ano se avulta, houve a necessidade de adotar novas estratégias de intervenção junto da população. Assim, cresceu um protocolo que visa garantir a passagem e a partilha de

conhecimentos por meio de classes de ensino para prevenção/tratamento de disfunções uroginecológicas e que tenta limitar, a longo-prazo, a incidência desta condição cada vez mais presente no nosso quotidiano. Deste modo, a atuação da Fisioterapia na MAC tenta sempre estar atual e atenta às alterações das necessidades dos seus utentes, através da melhoria dos serviços, com maior qualidade e maior eficiência.

Ao longo do estágio na MAC tive a oportunidade de participar em todas as vertentes em que o Serviço de Fisioterapia atua, ainda que com maior dedicação e empenho na área da Uroginecologia. Com os casos clínicos que descrevi ao longo do relatório, pretendi estar o mais perto possível daquela que é a realidade da nossa atuação. Ainda assim, o estudo de caso apresentado foi escolhido por se tratar de uma intervenção que, naquele momento, se diferenciava das restantes por corresponder a uma caso de uma utente incontinente com mais idade. Isto porque o acompanhamento da consulta de Uroginecologia foi encerrado, com o corte e a redistribuição de serviços dos Centros Hospitalares de Lisboa. O resultado será a cessação de um serviço de qualidade que muito dificilmente será reproduzido noutra local.

A construção do estudo de caso acima referido pretende, assim, não só registar todo o processo de reabilitação da utente, como proporcionar um momento de produção científica.

A complementaridade entre as duas primeiras partes do relatório reside no facto de ser indispensável que a prática do fisioterapeuta esteja conforme a melhor evidência científica disponível.

A área da Uroginecologia constitui para mim uma área de eleição para a qual espero poder vir a contribuir, seja pela criação de oferta de mais serviços, como pela produção de evidência científica. A isto, devo acrescentar que se trata de uma área com um crescendo de procura, pelo aumento da incidência de disfunções uroginecológicas e com oportunidades de desenvolvimento ainda extensas.

O facto de ter desenvolvido a minha prática de forma tão aprofundada na área da Uroginecologia possibilitou-me a obtenção de um grande leque de *skills*, permitindo-me desenvolver competências ao nível da abordagem à utente, de um raciocínio clínico diferenciado, da adoção de modelos de intervenção e de estratégias de tratamento. Pude ainda desenvolver as minhas capacidades de pesquisa e aprofundar os meus conhecimentos, assistindo de perto ao modo como a Fisioterapia é vista pelos utentes e como é importante na sua reabilitação. No entanto, considero que a minha formação não parou por aqui e, que futuramente, pretendo prosseguir com mais formações a nível profissional e pessoal, tal como preconiza a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas no documento que regula os Padrões de Prática – capítulo “Desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida”.

PARTE IV – PARECER FINAL DO ORIENTADOR

Mestrado em Fisioterapia – Saúde da Mulher

Parecer Final do Orientador de Estágio

Alexandra Ricardo Guerreiro, aluna n.º 2011139, inscrita no 2º ano do curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de especialização em Saúde da Mulher, 3ª edição, apresenta o Relatório de Estágio, desenvolvido na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

☒ Declaro e comprovo que li o presente relatório e concordo que está apto para ser apresentado e discutido publicamente.

Data: 29/10/2013



(Assinatura do orientador de estágio)

PARTE V – CURRICULUM VITAE DO ALUNO



Europass Curriculum Vitae

Informação pessoal

Nome(s) próprio(s) / Apelido(s)	Alexandra Ricardo Guerreiro
Morada(s)	Rua Cipriano Dourado, nº 18 - 5º Dto, 1600 - 428 Lisboa (Portugal)
Telemóvel	918995531
Endereço(s) de correio eletrónico	xana_rg@hotmail.com
Nacionalidade	Portuguesa
Data de nascimento	18 de janeiro 1990
Sexo	Feminino
Cédula Profissional	C-038085070



Área funcional Fisioterapeuta

Experiência profissional

Datas	01 de fevereiro 2012 → até ao presente
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais atividades e responsabilidades	Prestação de serviços de fisioterapia convencional, nas áreas da saúde da mulher e de dermato-funcional e em apoio domiciliário.
Nome do empregador	FEM.MR
Datas	Janeiro 2013 – Junho 2013
Função ou cargo ocupado	Estágio profissional integrado no Mestrado em Fisioterapia – ramo especialização em Saúde da Mulher.
Local	Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Lisboa)
Duração e área de intervenção	6 meses. Área de intervenção: Saúde da mulher - uroginecologia, senologia e materno-fetal (internamentos)
Datas	29 de outubro 2012 – 02 de novembro 2012
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais atividades e responsabilidades	Prestação de serviços de fisioterapia, em clínica generalista, em regime ambulatorio.
Nome do empregador	Andrea Policlínica – Lisboa
Datas	Agosto 2012
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais atividades e responsabilidades	Prestação de serviços de fisioterapia em regime domiciliário.
Nome do empregador	Mais que cuidar - Faro

Datas	05 de outubro 2010 - 18 de fevereiro 2011
Função ou cargo ocupado	Estágios em ERASMUS (Florença, Itália)
Local e área de intervenção	"Centro socio sanitario R. Giovannini di Prato" – Pediatria (05/10 a 26/11 de 2010); "Azienda Gabriele D'Annunzio"- Pediatria (29/11 a 18/12 de 2010); "Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi" – Neonatologia (10 a 21/01 de 2011); "Azienda Sesto Fiorentino"- Músculo-esquelética e Neuromuscular (24/01 a 11/02 de 2011); "Ospedale Pediatrico Meyer" – Pediatria (14 a 18/02 de 2011)
Avaliação	19 valores
Educação e formação	
Datas	Outubro 2011 → até ao presente
Designação da formação	Mestrado em Fisioterapia – Ramo de especialização em Saúde da Mulher
Nome da organização de ensino	Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Principais disciplinas/competências profissionais	Condições cirúrgicas na mulher; Drenagem Linfática Terapêutica; Reeducação para a incontinência urinária; Preparação para o parto; Cuidados no pós-parto; Cuidados ao recém-nascido; Massagem do bebé.
Datas	22 de novembro 2014 – 25 de novembro 2014
Designação da formação	Curso de Fisioterapia Dermato-Funcional Corporal e Facial – Revolução e novos conceitos (36 horas). Possuo certificado de participação.
Principais disciplinas/competências profissionais	Formadora Doutora Patrícia Froes Meyer; temas abordados: Cirurgia plástica estética – atuação no pré, trans e pós-operatório; Drenagem linfática manual – métodos de Leduc e Godoy e Godoy; Taping em dermato-funcional; Tecnologias em dermato-funcional: radiofrequência, ultrassom de alta potência e ultracavitação, criolipólise, lipolaser, electrolipólise, LED's, microcorrentes, correntes galvânicas e C.E.S.
Nome da organização de formação	Bwizer
Datas	23 de janeiro 2012
Designação da formação	Curso de Massagem Pré e Pós-Parto - 5ª edição (9 horas). Possuo certificado de participação.
Nome da organização de formação	Bwizer
Datas	Setembro 2007 - julho 2011
Designação da formação	Licenciatura em Fisioterapia
Nome da organização de ensino	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Instituto Politécnico de Lisboa)
Nota de conclusão de curso	16 valores
Observação	Projeto de Investigação na área da Saúde da Mulher intitulado "Fisioterapia na Incontinência Urinária: Comparação entre um programa de treino dos músculos do pavimento pélvico isoladamente e em associação a estratégias de autocuidado" (18 valores)
Datas	03 de abril 2011
Designação da formação	Workshop "Um olhar sobre o pós-parto" (2h30m)
Principais disciplinas/competências profissionais	Formadora Ft. Fátima Sancho; temas abordados: puerpério, incontinência urinária, prolapso pélvicos, programa de exercícios para reabilitação da puérpera. Possuo certificado de participação
Nome da organização de formação	Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (Instituto Politécnico de Castelo Branco)
Datas	02 de abril 2011 - 03 de abril 2011
Designação da formação	II Seminário de Fisioterapia da ESALD - Fisioterapia no Ciclo de Vida da Mulher

Principais disciplinas/competências profissionais	Variadas palestras, nomeadamente "Avaliação em Fisioterapia na Saúde da Mulher; "Educação para a Saúde da Mulher"; "Incontinência Urinária no Pós-Parto"; "O risco de queda na mulher com osteoporose". Possuo certificado de participação																																																		
Nome da organização de formação	Instituto Politécnico de Castelo Branco (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)																																																		
Datas	Setembro 2010 - fevereiro 2011																																																		
Designação da formação	Programa ERASMUS em Florença (Itália)																																																		
Principais disciplinas/competências profissionais	Realizei os cursos opcionais de "Princípios e técnicas de massagem", "Laboratório de análise de movimento" e "Princípios e técnicas das ligaduras funcionais" com a classificação de 20, 19 e 20 valores, respetivamente.																																																		
Nome da organização de formação	Facoltà di Medicina e Chirurgia (Università degli Studi di Firenze)																																																		
Datas	27 de março 2010 - 28 de março 2010																																																		
Designação da formação	"Curso Básico Thera-Band – Bands, Balls, Balance"																																																		
Observações	Formadores Ft. Celso Silva e Ft. Pedro Rebelo. Possuo certificado de participação.																																																		
Nome da organização de formação	FISIOGASPAR (Lisboa)																																																		
Aptidões e competências pessoais																																																			
Primeira língua	Português																																																		
Outra(s) língua(s)																																																			
Autoavaliação																																																			
Nível europeu (*)																																																			
Inglês																																																			
Italiano																																																			
Espanhol / Castelhana																																																			
	<table><tr><th colspan="4">Compreensão</th><th colspan="4">Conversação</th><th colspan="2">Escrita</th></tr><tr><th colspan="2">Compreensão oral</th><th colspan="2">Leitura</th><th colspan="2">Interação oral</th><th colspan="2">Produção oral</th><th colspan="2"></th></tr><tr><td>B2</td><td>Utilizador independente</td><td>B2</td><td>Utilizador independente</td><td>B1</td><td>Utilizador independente</td><td>B1</td><td>Utilizador independente</td><td>B1</td><td>Utilizador independente</td></tr><tr><td>B1</td><td>Utilizador independente</td><td>B1</td><td>Utilizador independente</td><td>B1</td><td>Utilizador independente</td><td>B1</td><td>Utilizador independente</td><td>A2</td><td>Utilizador básico</td></tr><tr><td>A1</td><td>Utilizador básico</td><td>A1</td><td>Utilizador básico</td><td>A1</td><td>Utilizador básico</td><td>A1</td><td>Utilizador básico</td><td>A1</td><td>Utilizador básico</td></tr></table>	Compreensão				Conversação				Escrita		Compreensão oral		Leitura		Interação oral		Produção oral				B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	A2	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico
Compreensão				Conversação				Escrita																																											
Compreensão oral		Leitura		Interação oral		Produção oral																																													
B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente																																										
B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	B1	Utilizador independente	A2	Utilizador básico																																										
A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico																																										
	(*) Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)																																																		
Aptidões e competências sociais	Espírito de trabalho em equipa; Boa capacidade de comunicação e de adaptação a ambientes multiculturais (ERASMUS em Itália)																																																		
Aptidões e competências técnicas	Domínio de uma vasta gama de equipamentos de eletroterapia, nomeadamente TENS, correntes galvânicas, ultrassom, laser, radiofrequência, ultrassom cavitacional, LED's, microcorrentes, endermologia e microdermoabrasão adquirido em contexto de formação profissional.																																																		
Aptidões e competências informáticas	Domínio do software Windows Office; Conhecimentos básicos das aplicações de edição de vídeo Windows Movie Maker e de edição gráfica Adobe Photoshop.																																																		
Aptidões e competências artísticas	Gosto pela escrita em prosa e poesia - participação no concurso literário "O Mar, A Viagem" 2007 (1º lugar a nível municipal e 3º a nível regional).																																																		
Carta de condução	B																																																		

Anexo I - Certificado de Habilitações



CERTIDÃO

JOÃO MÁRIO DE ALMEIDA GATO DIAS PEDRO, Vice-Presidente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa, CERTIFICA, em cumprimento do despacho exarado em requerimento que fica arquivado nesta Divisão, que dos livros competentes, consta:

a) Alexandra Ricardo Guerreiro

portador(a) do Cartão de Cidadão n.º 13504858, válido até 19-11-2013, concluiu o Curso de Licenciatura em Fisioterapia no dia 25 de Julho de 2011, com a classificação final de 16 (dezassexis) valores, passando a ter direito ao GRAU DE LICENCIADO, tendo já requerido o respectivo Diploma de Registo.

Lisboa, 3 de Agosto de 2011

a) Nome do estudante



O VICE-PRESIDENTE DA ESTeSL

João M. Almeida Pedro
Prof. Adjunto João de Almeida Pedro

MA